



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

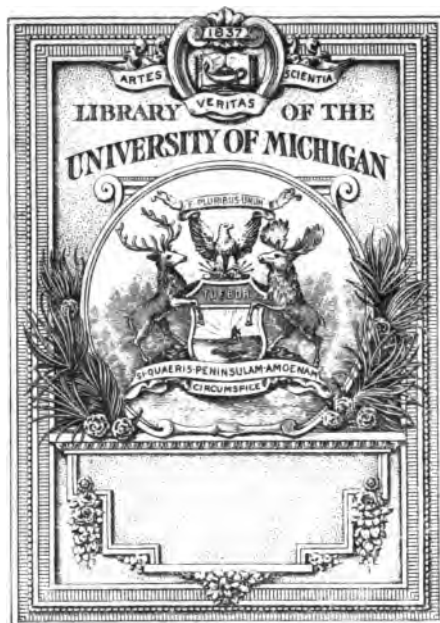
Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

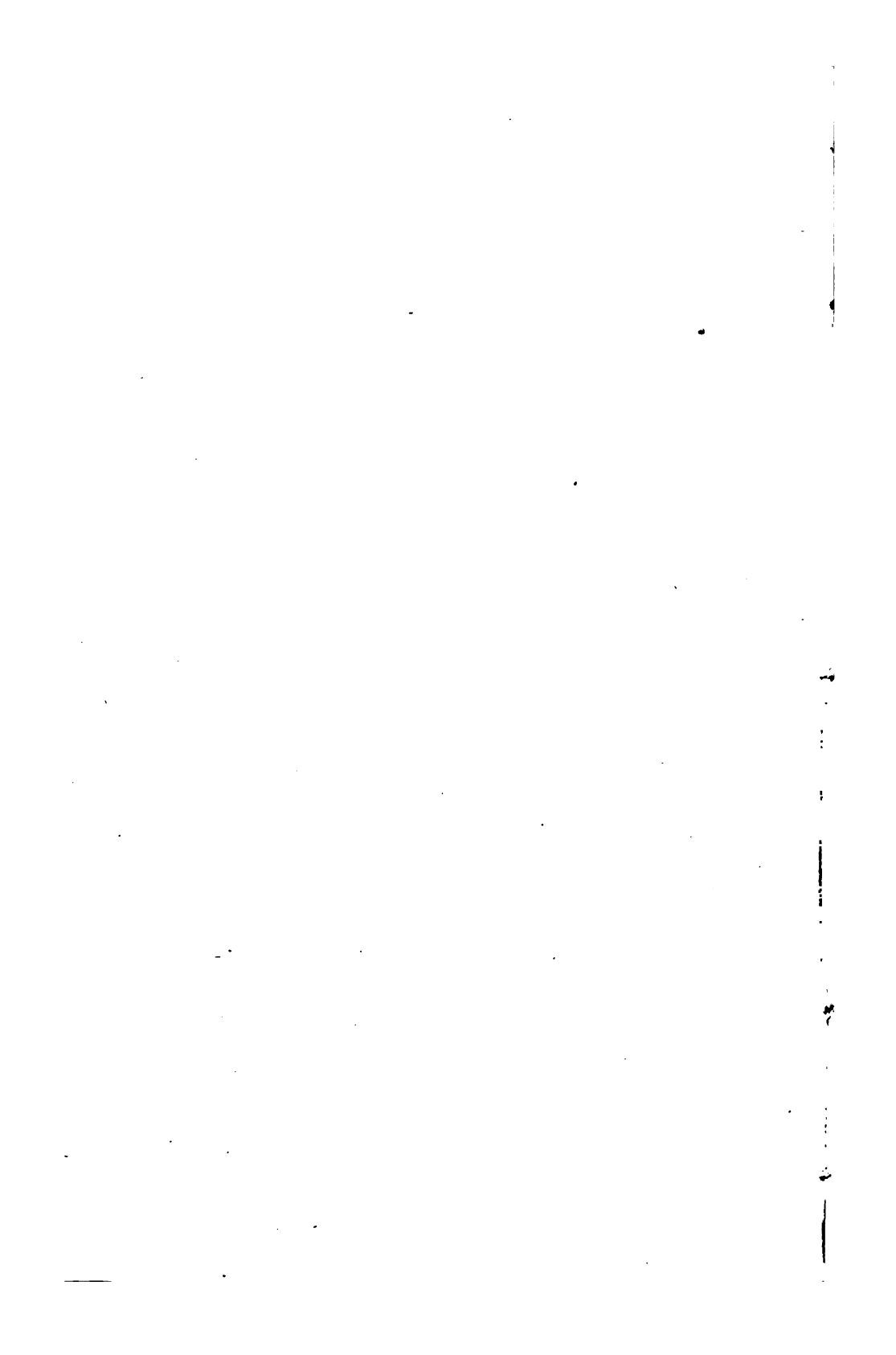




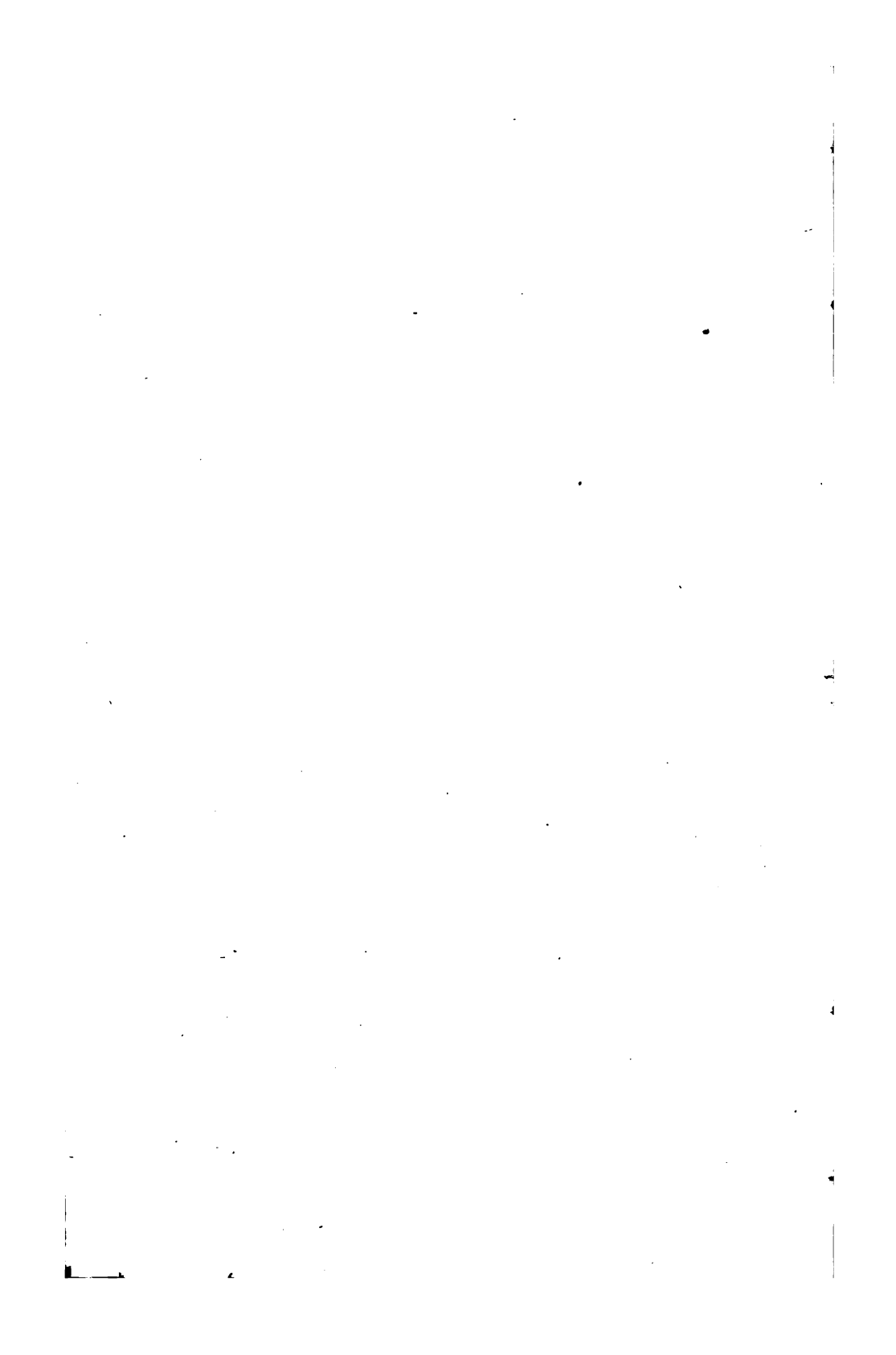
670.5

S678

A53



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT.

Il paraîtra chaque mois un bulletin d'au moins deux feuilles d'impression. Le prix sera de 3 francs par an pour les membres honoraires et correspondants, et de 4 francs 50 c. par la poste.

Pour les étrangers de 5 francs, et 6 francs 50 c. par la poste.

BULLETINS

DE LA

74347

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS;

RÉDIGÉS

**PAR MM. VALLEIX, MARROTTE, CAZALIS,
DENONVILLIERS ET SONNIÉ-MORET.**

(3^e SÉRIE.)

TOME SECOND.

(2^e Année.)

PARIS.

IMPRIMERIE DE TERZUOLO,

Successeur de M. Plassan,

RUE DE VAUGIRARD, N^o 11.

1836.



LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

- MM. Président,** CRUVEILHIER, professeur à la Faculté de Médecine, médecin de la Salpêtrière, etc.
Vice-Président, BELL, D. M. P., ex-int. des hôp.
Secrétaire, VALLIÈX, D. M. P., ex-int. des hôp.
Vice-Secrétaire, MAROTTE, D. M. P., ex-int. des hôp.
Treésorier, CAZALIS, ex-int. des hôp.
Archiviste, DENONVILLIÈRES, aide d'anat. à la Faculté, ex-int. des hôp.
-

MEMBRES HONORAIRES.

- BÉCARD aîné, prof. à la Faculté, chirurg. de l'hôp. Saint-Antoine.
A. BÉCARD, chirurg. de la Salpêtrière, prof. agr. de la Faculté.
BLANDIN, prof. agr., chirurg. de l'hôp. Beaujon.
BERGON, D. M. P., à Moulins, ex-int. des hôp.
FABRE, D. M. P., à Tonneins, ex-int. des hôp.
FISCHER, D. M. P.
FORGET, D. M. P., prof. de clinique int. à la Faculté de Strasbourg.
GEOFFROY SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut.
GRISOLLE, D. M. P., chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.
GUÉARD, D. M. P., prof. agr. à la Faculté.
HOGUEN, D. M. P., prosecteur de la Faculté.
JOBERT, prof. agr. à la Faculté, chirurg. de l'hôp. Saint-Louis.
HIPPOLYTE LARREY, chirurg. aide-major au Val-de-Grâce.
LENOIR, D. M. P., chirurg. du Bureau central, prof. agr. de la Faculté.
MANEC, D. M. P., chirurg. de l'hôp. du Midi.
MICHON, chirurg. du Bureau central, prof. agr. de la Faculté.
MONOD, prof. agr. à la Faculté, chirurg. de l'hôp. Cochin.
MONTAULT, D. M. P., ex-int. des hôp.
PIGNAUX, D. M. P.
PINAULT, chirurg. en chef de l'hôp. de Rennes.
ROBERT, prof. agr. à la Faculté, chirurg. de l'hôp. de l'Orsine.
HIPPOLYTE ROYER-COLLARD, prof. agr. de la Faculté.
SESTIÉ, D. M. P., ex-aide de clinique de la Faculté, ex-int. des hôp.
THIBARY, D. M. P., ex-aide d'anat., ex-int. des hôp.
-

MEMBRES TITULAIRES.

- ANDRAL, aide d'anat. à la Faculté.
BRAU, int. des hôp.

MM. BOINNET, int. des hôp.
 CAZEAUX, D. M. P., int. des hôp.
 CHASSAIGNAC, prof. agr. et prosect. de la Faculté.
 DEFRANCE, D. M. P., int. des hôp.
 GIRAUDAS, prosect. et int. des hôp.
 LACROIX, aide d'anat. à la Faculté.
 MAISONNEUVE, int. et prosect. des hôp.
 MAROTTE, D. M. P., ex-int. des hôp.
 RIGAUD, aide d'anat. de la Faculté, ex-int. des hôp.
 SONNIN-MORET, D. M. P., int. des hôp.

MEMBRES ADJOINTS.

BAILLARGE, int. à la maison royale de Charenton.
 BARTH, int. des hôp.
 BARTHEZ, élève des hôp.
 BALME DUCARRAY, int. des hôp.
 BARON, int. des hôp.
 BÉNIQUÉ, D. M. P.
 BERTRAND, à l'hosp. des Ménages.
 BORDET, élève des hôp.
 BOYER, int. des hôp.
 CAMUS, D. M. P., ex-int. des hôp.
 COMBETTE, D. M. P., ex-int. des hôp.
 CALLÉ, élève des hôp.
 CHARCELAY, int. des hôp.
 DEBROU, int. des hôp.
 DESPATES, ex-int. des hôp.
 DESIR, int. des hôp.
 DIDAY, int. des hôp.
 DONNÉ, D. M. P., ex aide de clinique de la Faculté.
 DUPRÉ, int. des hôp.
 FÉRONY (de Clermont), int. des hôp.
 FLEURY, élève des hôp.
 FORGET, int. des hôp.
 FOURNET, int. des hôp.
 GABRIEL, int. des hôp.
 GODIN, int. des hôp.
 GRELLOIS, chirurg. sous-aide major à l'hôp. militaire du Gros-Cailhou.
 GUÉNARD, int. des hôp.
 HACHE, D. M. G. ex-int. des hôp.
 HARDY, int. des hôp.
 HUSSON, int. des hôp.
 LAURENT, prof. d'anat. à Toulon.
 LONGET, D. M. P.
 LABONIS, in. des hôp.
 LANDAU, int. des hôp.
 LANDOUZY, élève des hôp.
 LEGUEY, chirurg. sous-aide à l'hôp. militaire du Gros-Cailhou.
 LARGET FIET, int. des hôp.
 LEBERT, int. des hôp.
 LEDERER, int. des hôp.

VII

MM. LEBICHE, int. des hôp.
MAILLET, chef de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort.
MERCIER, int. des hôp.
NELATON, int. des hôp.
NIVET, int. des hôp.
PADIEU, int. des hôp.
PÉGOT, D. M. P., ex-int. des hôp.
FERROCHAUx, int. des hôp.
PEYROT, ex-int. des hôp.
PRESSAT, int. des hôp.
PRUNEAU, élève des hôp.
ROGER, int. des hôp.
RIPAULT, ex-int. des hôp.
RENAUD, élève des hôp.
ROBERTY, int. des hôp.
RUTZ, prof. agr. de la Faculté, int. des hôp.
REIGNIER, int. des hôp.
SAINT-YVES, int. des hôp.
STANSKY, élève des hôp.
THOMSON, M. B., Cambridge.
TRISSIER, int. des hôp.
VERNOIS, int. des hôp.

MEMBRES CORRESPONDANTS.

BOUDANT, D. M. P., à Gannat, ex-int. des hôp.
BINTOT, D. M. P., ex-int. des hôp.
BRIÈRE DE BOISMONT, D. M. P.
BONNET, D. M. P., à Poitiers, ex-int. des hôp.
BRUN, D. M. P., ex-int. des hôp.
BOTTU, D. M. P., ex-int. des hôp.
BOUDRIE, D. M. P., ex-int. des hôp.
CAFFE, D. M. P., ex-int. des hôp.
CARON DUVILLARDS, D. M. P.
COLLARD DE MARTIGNY, substitut du procureur du roi à Épinal.
CAZAUVILLE, D. M. P., ex-int. des hôp.
COLOMBAT (de l'Isère), D. M. P.
CHOISY, D. M. P., ex-int. des hôp.
DUCHAFT, D. M. P., ex-int. des hôp.
EAGER, D. M. P., à Manchester, ex-int. des hôp.
FOURCADE, D. M. P., à Troyes.
FLANDIN, D. M. P., ex-int. des hôp.
GUYOT, D. M. P., à Rennes, ex-int. des hôp.
GAILLARD, D. M. P., à Poitiers, ex-int. des hôp.
GIRARD, D. M. P., à Marseille, ex-int. des hôp.
GACHET, D. M. P., ex-int. des hôp.
GAUSSAIL, D. M. P., à Verdun, ex-int. des hôp.
GENDRON, D. M. P., à Chinon, ex-int. des hôp.
GUERNARD, D. M., à Philadelphie.
HOUELLOT, D. M. P., à Meaux.
LEURET, D. M. P., médecin de la Salpêtrière.
MARTIN SAINT-ANGE, D. M. P., aide naturaliste au Muséum.

VIII

- MM. MALGAIGNE, D. M. P.,** chirurg. du Bureau central.
MAVRE, D. M. P.
MOURET, D. M. P., ex-int. en pharmacie des hôp.
OLIVIERI, int. des hôp.
ORILLARD, D. M. P., à Poitiers, ex-int. des hôp.
PLAINCHANT, D. M. P., à Moulins, ex-int. des hôp.
PIÉDAGNEL, D. M. P., médecin du Bureau central.
POYDEBAT, D. M. P., à Agen, ex-int. des hôp.
PETEL, D. M. P., ex-int. des hôp.
QUESNE, D. M. P., ex-int. des hôp.
RIBES, D. M. P., chirurg. aide-major aux Invalides.
RICORD, chirurg. de l'hôp. du Midi.
SPITTAL, D. M., président de la Société Anatomique d'Edimbourg.
TAUPIN, int. des hôp.
THOMAS, D. M. P., à Tours, ex-interne des hôp.
VIDAL, D. M. P., ex-int. des hôp.
VOISIN, D. M. P., à Limoges, ex-int. des hôp.
VIGER DE VARENNES, D. M. P., à Valogne, ex-int. des hôp.
-

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 7 (3^e SÉRIE) — (Mars 1836),

RÉDIGÉ

PAR MM. VALLEIX, MARBOTTE, CAZALIS, DENONVILLIÈRE,
ET SONNIÉ-MORET.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Décembre 1835 et Janvier 1836.*

1. *Sur la structure du tissu jaune élastique.* — 2. *Côtes cervicales.* — 3. *Fracture de l'ethmoïde.* — 4. *Ancienne luxation du fémur.* — 5. *Anévrisme partiel de l'oreillette gauche.* — 6. *Caillot purulent du cœur.* — 7. *Anévrisme du tronc cœliaque.* — 8. *Cancer de l'œsophage.* — *Nominations faites pendant le mois.*

1. M. Laurent communique à la Société qu'il vient de constater par des observations directes, que le tissu jaune élastique se présente, dans plusieurs parties du corps des animaux vertébrés à sang chaud, sous forme de corps charnus terminés par des tendons. C'est surtout dans le corps élastique situé dans l'épaisseur du repli cutané qui forme le bord antérieur de l'aile des oiseaux, que cette structure anatomique est le plus prononcée. M. Thomson lui a communiqué verbalement qu'il a vu les fibres élastiques des ligaments jaunes des vertèbres de l'homme se terminer aussi par des fibres tendineuses.

D'après ces faits, M. Laurent pense qu'au lieu d'admettre, d'après Haller, un seul élément fondamental qui forme les tissus cellulaire et albuginé et deux éléments secondaires, les tissus musculaires et nerveux, il convient dans l'état actuel de l'histologie ou anatomie de texture, d'établir les distinctions suivantes fondées sur des observations plus exactes, savoir :

Un tissu primordial ou la première trame tissulaire du blastoderme dans laquelle se forment trois tissus simples ou élémentaires.

Le premier de ces tissus simples est formé par une sorte de glu animale combinée avec des proportions variables d'eau et de sels. On pourrait l'appeler *tissu glutineux*. Lorsqu'il persiste à l'état mou ou plastique, il constitue ce qu'on nomme le *tissu cellulaire ou muqueux* de Borden. Lorsqu'il se condense de plus en plus pour former les ligaments, les tendons, les cartila-

ges, les os, il convient de grouper ses trois sortes de tissus de plus en plus condensés, sous le nom commun de *tissus scléreux*.

Le deuxième tissu élémentaire est le tissu de la chair animale ou le *tissu charnu* qui persiste également à l'état de mollesse et forme la chair musculaire ou le *tissu contractile*. Lorsque cet élément se condense beaucoup normalement au moment de sa formation, il se continue *chair élastique* ou *tissu rétractile*.

Le troisième tissu élémentaire est le tissu de la pulpe sensible des animaux ou le *tissu pulpeux*, qui se subdivise de même en tissu de la pulpe molle ou médullaire qu'on pourrait appeler *tissu médulléux* ou *moelleux*, pour le distinguer du tissu de la pulpe condensée ou *tissu nerveux*.

M. Laurent se propose de développer dans de prochaines communications, les faits desquels il a déduit ses vues générales sur les tissus, en raison de l'utilité de leur application à l'anatomie pathologique.

2. M. Boinet présente un cas de côte cervicale ayant atteint un assez grand développement, chez une femme de quarante-cinq ans. Le nombre des vertèbres cervicales était normal. A gauche existait une petite côte d'environ trois pouces de long, se fixant sur le corps de la septième vertèbre cervicale soudée en arrière avec le tubercule de l'apophyse transverse, et en ayant articulée, par son extrémité, avec le bord supérieur de la première côte dorsale. A droite existait aussi un tubercule d'un pouce environ, qui se confondait avec l'apophyse transverse.

Une discussion s'engage sur la fréquence des cas de côtes cervicales et sur leur nature qui a paru résulter d'un accroissement de la partie antérieure de l'apophyse transverse, la postérieure conservant ses dimensions.

M. Moret rapporte avoir vu un cas à peu près semblable à celui que présente M. Boinet. Il existait une côte surnuméraire de chaque côté, laquelle articulait avec les tubercules des apophyses transverses et avec la première côte dorsale.

3. M. Diday montre une pièce trouvée chez un homme qui avait tenté de se suicider en se tirant un coup de fusil au-dessous du menton. Le plancher de la bouche, la voûte palatine, les fosses nasales, la partie antérieure de la face avaient été détruits. Mais pendant les quatorze heures que le malade survécut à sa blessure, il conserva la liberté de ses mouvements et de son intelligence. A l'autopsie on trouva une destruction de la voûte palatine, du vomer, des branches montantes du maxillaire supérieur, ainsi que de la partie criblée de l'éthmoïde, de chaque côté de l'apophyse cristalline, laquelle était restée intacte et formait une espèce de pont au milieu des parties détruites. On ne put retrouver la balle. La dure-mère n'avait pas été intéressée non plus que le cerveau. On trouva dans la cavité arachnoïdienne, au niveau de la partie supérieure des deux hémisphères, une fausse membrane ancienne et d'une texture résistante.

4. M. Baron communique un exemple d'ancienne luxation du fémur non réduite. La tête déformée s'est creusé une cavité en arrière et au-dessus de l'acétabulum; elle y est fixée par une capsule très-forte constituée en

grande partie par le ligament capsulaire normal, qui s'attache encore autour de la cavité primitive. Celle-ci, très-diminuée d'étendue, est remplie par du tissu fibreux.

5. M. Chassaignac, au nom de M. Michon, montre un cas de tumeur de l'oreillette gauche du cœur, du volume d'un œuf de poule, formée par la membrane interne de cette cavité. Les fibres musculaires s'avancent sur la base de la tumeur, mais ne tardent pas à disparaître, de sorte qu'il est à croire qu'elles ont été rompues par les progrès de la tumeur. Celle-ci qui s'ouvrait dans la cavité de l'oreillette par une ouverture rétrécie, contenait des caillots décolorés, très-fermes. Dans l'oreillette existait du sang à demi coagulé.

6. M. Mercier présente un caillot du volume d'une noix, blanchâtre et assez consistant, logé à la pointe du ventricule gauche du cœur, qui paraît dilatée, aplatie et former une espèce de cavité accessoire. Au centre du caillot existe une matière sanieuse, semi-liquide. Ce caillot se trouve séparé de la cavité ventriculaire par une bande membraniforme, semblable du côté qui regarde le caillot à la couenne inflammatoire du sang, mais du côté opposé elle est revêtue d'une couche de sang noir, coagulé. M. Mercier n'a pas de renseignements sur le malade.

7. M. Batme-Dugarry présente une dilatation anévrysmale du tronc cœliaque, trouvée chez une jeune fille de vingt-trois ans, morte à la suite d'hématémèses répétées et abondantes. A l'autopsie on ne trouve rien dans la muqueuse de l'œsophage, de l'estomac et des intestins. Tout était dans un état d'intégrité parfaite : mais en enlevant l'œsophage, on rencontra une tumeur remplie de caillots qu'on reconnut être un anévrysme du tronc cœliaque ; il ne présentait aucune déchirure ni aucune communication avec l'estomac ; de sorte, qu'il ne paraît pas avoir eu d'influence sur la production de l'hématémèse.

8. M. Ribes présente un cas de cancer cérébriforme de l'extrémité inférieure de l'œsophage et de l'orifice cardiaque de l'estomac, chez un individu affecté de paralysie de la langue. Pendant long-temps il n'y eut que de la dysphagie, qu'on attribua à une paralysie de l'œsophage, puis elle augmenta ; il se développa des douleurs derrière la partie moyenne du sternum, surtout lors de l'ingestion des aliments ; ceux-ci ne purent plus être gardés, et presque immédiatement après avoir été avalés ils étaient rendus par régurgitation. A l'autopsie, l'examen le plus attentif ne fit rien découvrir dans le cerveau. L'extrémité inférieure de l'œsophage et l'ouverture cardiaque de l'estomac présentaient une large ulcération dont le fond était parsemé de masses encéphaloïdes à différents degrés de ramollissement. La muqueuse de l'œsophage était considérablement hypertrophiée, la musculaire avait aussi une épaisseur et une consistance plus grandes que dans l'état normal. L'intestin était parfaitement sain.

Ont été nommés membres adjoints pendant les mois de décembre et de janvier :

MM. Pruneau, le 3 décembre; Bertrand, Landau, Maillet, Lebert, le 18 décembre; Baron, le 23 du même mois; Pressat, le 13 janvier.

MM. Mavré, Taupin et Ribes ont échangé leur titre de membre adjoint contre celui de correspondant.

Recherches anatomiques sur la prostate des vieillards,
par L. AUG. MERCIER, interne des hôpitaux.

(Mémoire lu à la séance publique du 3 février 1836.)

La prostate, comme tous les autres organes, je pourrais même dire plus que la plupart des autres organes, subir avec l'âge des changements importants qu'il serait utile et curieux de suivre depuis les principes de la vie jusqu'aux limites de l'existence. Pour moi, je ne l'étudierai que dans ses dernières phases, et même négligeant tout ce qui ne pourrait être que purement physiologique, je me bornerai à vous peindre les nombreux changements qu'elle éprouve dans sa forme et dans son volume, changements qui par suite du voisinage de cet organe avec le col de la vessie, exercent une si grande influence sur l'excrétion de l'urine. Il existe déjà de beaux et de nombreux travaux sur ce point important de la pathologie; mais je ne le crois pas encore épuisé, et, si je ne m'abuse, mes recherches ne seront pas sans quelque utilité.

Il est rare de trouver chez le vieillard une prostate à l'état où on la rencontre chez l'adulte, plus rare encore de la trouver diminuée de volume; dans la grande majorité des cas elle est le siège d'une hypertrophie plus ou moins considérable. Son tissu d'un blanc mat, quelquefois jaunâtre, est dur, presque lardacé; mais jamais je ne l'ai trouvé squirrheux, et je pense que c'est à tort qu'on voit si souvent

répétés dans les auteurs ces mots *squirrhe de la prostate*; car avec un peu d'attention, on aurait vu que la ressemblance n'est que très-faible, et qu'il n'existe jamais cette homogénéité de tissu qui fait l'un des caractères du squirrhe. Au contraire, les granulations sont presque toujours plus distinctes que chez l'adulte; elles sont séparées les unes des autres par des lames assez épaisses de tissu cellulaire, et la section qu'on y pratique n'est jamais lisse, parce que chaque lobule semble doué d'une certaine élasticité qui lui fait faire un léger relief au-dessus du tissu cellulaire qui l'environne. Presse-t-on une prostate ainsi divisée? il découle de chaque granulation une petite quantité d'un liquide légèrement trouble et blanchâtre, semblable à du lait très-étendu d'eau. Ce liquide, que j'ai vu accumulé en foyers dans la substance de la glande, est le même que la pression fait suinter dans l'urètre par les conduits qui, de cette glande, vont s'ouvrir sur les côtés du vérumontanum.

Je ne terminerai pas ce qui est relatif au tissu de la prostate chez les vieillards sans faire remarquer que, malgré sa fermeté, il est très-friable, très-facile à pénétrer, ce qui impose à celui qui pratique le cathétérisme la plus grande circonspection.

De l'accroissement isolé de chaque granulation résulte nécessairement une hypertrophie de l'organe; mais cette hypertrophie peut l'envahir en entier, ou n'en affecter que des portions; le plus souvent même ces deux modes se trouvent réunis. Dans tous les cas, il est à noter que ses diverses parties ne se développent pas au même degré et avec la même fréquence. D'abord supposons la prostate la plus uniformément hypertrophiée, voici ce que nous trouverons :

La face antérieure est assez régulièrement arrondie, seulement un léger sillon la parcourt de haut en bas sur la ligne médiane. La face postérieure au contraire est creusée d'un sillon assez profond dont les bords latéraux s'effacent insensiblement; mais notons bien que ce sillon ne commence

en haut qu'au point où les conduits éjaculateurs s'enfoncent dans le tissu de la prostate; car au-dessus, il devient plus superficiel et se bifurque pour loger les conduits éjaculateurs de manière à limiter une portion supérieure, triangulaire, ayant sa base en haut, et dont le sommet correspond à la jonction des conduits que je viens de nommer. Cette portion de la prostate est très-petite chez l'adulte, quelquefois même difficile à trouver au milieu du tissu cellulaire condensé qui se trouve en cet endroit. Chez le vieillard, elle acquiert un volume considérable, et c'est peut-être pour ne l'avoir étudiée que chez des personnes âgées et s'en être trop fié à de simples apparences, qu'on lui a donné le nom de *troisième lobe*, nom impropre puisque les sillons qui le limitent de chaque côté ne sont pas les traces d'un isolement complet, et que son tissu se continue au devant des conduits éjaculateurs avec celui des lobes latéraux. Le nom de *portion transversale*, que lui a donné M. Amussat, doit donc être préféré.

Les lobes latéraux, qu'on ferait également mieux d'appeler *portions latérales*, augmentent aussi dans tous les sens; mais c'est surtout du côté de l'abdomen que leur diamètre vertical se développe; aussi arrive-t-il souvent que la base de la prostate fait une saillie considérable du côté du petit bassin.

Ces portions latérales se réunissent en avant et en arrière au niveau des sillons que nous avons décrits sur les faces correspondantes; arrêtons-nous un instant sur la manière dont se fait cette réunion. Les uns ont dit qu'en avant il y a continuité parfaite des deux lobes; d'autres qu'ils étaient réunis par une épaisseur variable de tissu cellulaire; d'autres par du tissu musculaire; d'autres enfin ont admis, suivant les cas, l'une ou l'autre de ces dispositions. Pour moi, j'ai vu les deux premières de la manière la plus évidente; quant à la troisième, j'ai bien quelquefois rencontré un tissu rougeâtre; mais je n'oserais me prononcer sur sa nature. La

réunion antérieure des deux lobes varie entre 4 et 7 lignes d'épaisseur, même dans les cas d'hypertrophie.

La partie moyenne sur laquelle les lobes latéraux se réunissent en arrière de l'urètre, m'a paru encore moins sujette à varier, malgré tout ce qu'on a pu dire des anomalies qu'elle présente. M. Senn (*Thèse*, Paris, 1825, n° 108) lui donne 7 à 8 lignes d'épaisseur, et dit n'avoir vu qu'une seule fois l'urètre traverser la prostate tout-à-fait inférieurement. Ses assertions ont été reproduites et appuyées par presque tous ceux qui ont écrit après lui sur ce sujet. Quant à moi qui même sur des prostates extrêmement volumineuses, n'ai jamais rencontré que 2 ou 3 lignes au plus d'épaisseur en cet endroit, j'aurais cru ne pas comprendre cet anatomiste, si les planches qu'il a jointes à sa thèse, et surtout la seconde ne m'eussent fait voir que j'avais saisi son idée. Je le répète afin d'être bien compris : immédiatement au-dessous du point où les canaux éjaculateurs se plongent dans la prostate, je n'ai jamais trouvé plus de 2 ou 3 lignes de tissu entre la paroi postérieure de l'urètre et la face postérieure de la prostate. Il me serait même difficile de dire si en cet endroit il existe du tissu prostatique, ou si ce n'est que du tissu cellulaire condensé, tant les granulations y sont peu apparentes.

Les changements qui surviennent dans les diverses parties de la prostate, en amènent nécessairement dans la longueur, la largeur, la forme et la direction de la portion prostatique de l'urètre.

De l'accroissement du diamètre vertical de la glande résulte une augmentation de la longueur du canal qui la traverse, et comme nous avons vu que l'accroissement se fait surtout en haut, il en résulte que le verumontanum est beaucoup plus éloigné du col qu'il ne l'est chez l'adulte. Sur deux prostates dont nous donnerons plus bas les mesures, nous verrons cette distance égaler 14 et 16 lignes, tandis qu'il n'y en avait que 5 et 6 depuis cette même éminence.

jusqu'à la partie supérieure de la portion membraneuse de l'urètre.

Maintenant, qu'arrive-t-il à ce canal par suite de l'accroissement antéro-postérieur des portions latérales de la glande? Il arrive que ses parois latérales, par un effet de leur adhérence à la face interne de ces lobes, les suivent dans leur accroissement, de manière à acquérir une étendue considérable d'avant en arrière. D'un autre côté, l'hypertrophie transversale de ces mêmes lobes les presse l'un contre l'autre, de manière à les mettre dans un contact parfait. Ainsi donc, au lieu de diminuer, le calibre de l'urètre s'accroît dans les hypertrophies de la prostate, comme l'a fort bien indiqué M. Amussat; mais ce qu'il n'a pas fait remarquer, c'est que ce canal ne s'accroît toujours que d'avant en arrière; d'un côté à l'autre, au contraire, il a ses parois contiguës, et est comme aplati transversalement.

Un autre changement qu'éprouve l'urètre, provient de l'augmentation du volume de la portion transversale; et ce changement n'est pas des moins importants, comme on va s'en convaincre. En effet, l'hypertrophie de cette portion porte en avant la moitié postérieure du col vésical, de manière à déterminer au-dessus de la paroi postérieure de l'urètre une saillie transversale en forme de croissant à concavité antérieure. C'est sans doute pour avoir trop généralisé ce qui s'observe sur des sujets avancés en âge, que l'on a décrit au col de la vessie une *valvule pylorique*. Ce croissant augmente la courbure de la portion prostatique du canal, s'avance quelquefois assez pour en fermer l'orifice supérieur, et dans tous les cas, il est un obstacle au cathétérisme, obstacle contre lequel la sonde vient se heurter. Se servir d'instrument à forte courbure, et une fois que leur bec est engagé dans cette portion, le diriger en avant vers la symphyse pubienne, sont des préceptes de la plus haute utilité.

Je signalerai ici, parce que je n'aurai pas d'autre occasion de le faire, la présence de trois ou quatre petits plis

existant assez souvent sur la paroi postérieure de l'urètre. Ces plis sont formés par la muqueuse, et convergent de la moitié postérieure du col vers le vérumontanum.

Actuellement, je voudrais pouvoir donner les moyennes de mesures prises sur un certain nombre de prostates; mais à l'âge où je considère cette glande, elle offre tant d'irrégularités que ce travail n'aboutirait à rien. Je préfère donc donner les mesures d'une prostate qui me semble un type de l'hypertrophie uniforme dont il s'agit en ce moment. Je ferai voir ainsi quelle est l'augmentation proportionnelle des diverses parties de l'organe, sans faire préjuger de son volume; car si le plus souvent il est moins volumineux que dans le cas suivant, quelquefois aussi son hypertrophie est encore plus considérable.

Hauteur des lobes latéraux. 18 lignes.

Diamètre transversal. 22

Diamètre antéro-postérieur sur la
ligne médiane. 17 1/2

Il est bon de rappeler ici que M. Senn assigne à la prostate, chez l'adulte, 13 lignes de hauteur, 19 de largeur, et 10 à 12 d'épaisseur. Voici en outre quelques mesures prises sur notre cas d'hypertrophie :

Distance de la paroi antér. de l'urètre
à la face ant. de la prostate. . . . 5 lignes.

De la paroi postérieure de l'urètre à
la face postérieure de la glande. . 2 1/2

Diamètre antéro-post. de l'urètre . . 10

Épaisseur de la portion transversale. 8

Distance de la valvule pylorique à la
portion membraneuse de l'urètre. 19

De cette valvule au vérumontanum. . 14

J'arrive maintenant à la description de l'hypertrophie partielle. Cette hypertrophie peut être simple, c'est-à-dire qu'une partie quelconque de la prostate peut augmenter de volume, sans que le reste participe nullement à cette al-

tération. Mais les cas de ce genre sont assez rares. Le plus ordinairement, l'hypertrophie partielle est une complication de l'hypertrophie générale.

La portion transversale en est le siège le plus ordinaire; mais alors elle ne se présente pas toujours sous le même aspect. Tantôt elle ne détermine qu'une valvule en forme de croissant, comme dans les hypertrophies uniformes; tantôt elle produit à la partie postérieure du col une tumeur, qui, à l'état rudimentaire, a été décrite par Lieutaud sous le nom de *luette vésicale*, mais qui, plus volumineuse, peut acquérir la grosseur d'une noix, d'un œuf, et obturer l'orifice supérieur de l'urètre à la manière d'une soupape. Par fois, sur la portion transversale, s'élèvent deux ou trois tumeurs; mais alors elles sont de volume inégal: la plus grosse occupe la partie postérieure du col; les autres, plus petites, pisiformes, se trouvent au-dessous de la première du côté de l'urètre. Une fois cependant j'en ai vu deux développées en arrière du col à peu près sur la même ligne; deux autres s'élevaient de chaque côté du canal sur les lobes latéraux. Ces tumeurs, toutes quatre du volume d'une noisette, se soutenaient mutuellement; ni les unes ni les autres ne pouvaient s'abaisser et obturer l'urètre. Tantôt ces tumeurs sont à large base, tantôt elles ne tiennent que par un pédicule sur les côtés duquel existent deux rigoles qui vont aboutir au canal. Celle du côté gauche est presque toujours un peu plus large que l'autre.

Il est assez souvent question dans les auteurs de fungus du col de la vessie. J'ai bien vu des tumeurs comme celles que je viens de décrire, ulcérées, déchirées par des calculs et des sondes, présenter un aspect noirâtre, fongueux; mais il était facile de voir que ce n'était pas de véritables fungus; leur base était dans tous les cas formée de tissu prostatique à l'état ordinaire.

Les portions latérales peuvent aussi se développer isolément, partiellement; mais je dois de prime abord faire une

remarque assez singulière, c'est que je n'ai jamais vu d'hypertrophie isolée du lobe gauche, et que ce n'est que par induction, et pour l'avoir vu se produire conjointement avec celle des autres parties, que j'en admetts la possibilité; tandis que j'ai vu très-souvent celle du lobe droit. Toutefois, j'ai examiné un nombre de prostates assez grand, pour pouvoir assurer qu'il faut que le lobe droit ait plus de disposition que l'autre à ce genre d'altération. Mais à quoi tient cette différence? c'est ce que je me suis souvent et en vain demandé. Serait-ce la présence du rectum à gauche? Je ne le pense pas, car à ce niveau il se trouve sur la ligne médiane, et c'est là que je l'ai rencontré dans tous les cas de ce genre, où j'ai tenu compte de sa position. Quoi qu'il en soit, c'est un fait que le lobe latéral droit s'hypertrophie très-souvent de manière à former du côté de l'urètre une saillie qui n'est jamais pédiculée, et qui, repoussant le lobe opposé, dévie l'urètre à gauche et en même temps en arrière.

Je ne me rappelle avoir vu qu'une seule fois une légère éminence se développer sur les parties périphériques de la glande, et c'était encore en arrière de sa portion latérale droite. Il semblerait donc que ce serait une loi, que les hypertrophies partielles de la prostate existent toujours à droite, et cette loi ne souffrirait que très-peu d'exceptions, même pour les tumeurs qui se développent en arrière du col; car nous avons déjà donné à entendre que le plus souvent elles se trouvent un peu plus à droite qu'à gauche de la ligne médiane.

Parfois les tumeurs qui résultent d'hypertrophies partielles, contiennent dans leur épaisseur des kystes du genre de ceux dont j'ai parlé précédemment.

J'ai déjà dit que les parties qui séparent l'urètre du sillon postérieur, n'augmentent jamais notablement d'épaisseur. Que résulte-t-il de là? C'est que jamais la région prostatique de l'urètre ne décrit une courbure à concavité

postérieure, tandis qu'elle en décrit souvent une dont la concavité regarde en avant. J'ai vu des cas où cette courbure était tellement prononcée, que la paroi postérieure de cette portion formait une espèce de cul-de-sac dont le fond était distant, de près de trois quarts de ponce, d'une ligne droite, qui, placée par une de ses extrémités sur le bord postérieur du col vésical, reposerait par l'autre sur la partie postérieure et supérieure de la portion membraneuse. Qu'on ne s'imagine cependant pas que des déviations si grandes soient déterminées par l'accroissement anormal de la portion antérieure moyenne de la glande, que le canal soit aplati d'avant en arrière. Jamais je n'ai observé de cas semblable. Toujours le cul-de-sac était déterminé par la saillie de la valvule pylorique, et ce qui souvent contribuait à en augmenter la profondeur, c'était une tumeur formée par l'hypertrophie d'un des lobes latéraux, tumeur dont le sommet se portait en arrière, en même temps qu'elle refoulait le lobe opposé. Nous en verrons dans un instant un exemple. Alors le canal est encore aplati d'un côté à l'autre; mais si on le suppose coupé perpendiculairement à son axe, il représentera une ligne antéro-postérieure, concave du côté de la tumeur pour l'embrasser, et se portant par son extrémité postérieure en arrière de cette éminence pour rejoindre la ligne médiane.

Voici les mesures d'une prostate volumineuse développée dans toutes ses parties, et notamment dans son lobe droit.

Hauteur des lobes latéraux.	21 lignes.
Diamètre transverse de toute la glande.	24
Diamètre transverse du lobe droit.	17
Diamètre transverse du lobe gauche.	10

Les diamètres latéraux réunis dépassent celui de la totalité, parce que le diamètre du lobe droit fut pris, de la face externe de ce lobe, au sommet de la tumeur qui se trouvait à sa partie interne, et que cette tumeur se portait un peu en arrière, refoulant le canal dans ce sens.

Diamètre antéro-post. sur la ligne médiane.	21 lignes.
Distance de la paroi antér. de l'urètre à la face antér. de la glande. . . .	7
Distance de la paroi post. du canal à la face post. de la prostate sur la ligne médiane.	3
Diamètre antéro-post. de l'urètre, abstraction faite de la courbure qu'il décrit dans ce sens.	11
Épaisseur antéro-post. de la portion transversale.	12
Distance du croissant formé par cette partie à la portion membraneuse. .	22
Distance de ce croissant au vérumontanum	16

Il ne me resterait plus pour compléter l'énumération des particularités que j'ai observées dans la prostate des vieillards, qu'à parler du développement, quelquefois énorme, du plexus veineux qui naturellement se trouve en dehors de sa membrane propre; mais ce fait est trop connu pour que j'y insiste. Aussi je me bornerai au simple exposé des changements de volume que cette glande éprouve. On sent bien que je pourrais aborder d'autres questions de la plus haute importance, et qui découlent naturellement du sujet. Je pourrais, par exemple, rechercher si ce développement est le résultat d'une infection blennorrhagique; comme le croyait J. L. Petit, d'une inflammation chronique, comme le pensent des auteurs plus récents, ou simplement un effet des progrès de l'âge.

Je pourrais encore chercher à démontrer, et par le raisonnement et par des observations, que les dysuries produites par le développement de la prostate, le sont par des hypertrophies partielles; tandis que l'hypertrophie générale et uniforme s'accompagne plutôt d'incontinence d'urine.

Je pourrais faire voir combien est importante pour le cathéterisme, pour le diagnostic et le traitement des rétentions d'urine, pour l'opération de la taille, et surtout pour la lithotritie, la connaissance exacte des déformations de l'urètre que j'ai décrites.

Je pourrais enfin rechercher s'il existe des moyens d'y remédier, quels sont les meilleurs, quel choix on doit en faire selon les circonstances,

Mais toutes ces questions m'entraîneraient trop loin, et je me réserve de les traiter dans un travail spécial et plus étendu.

Observation d'anévrisme du tronc basilaire, par M. LEBERT, interne à l'hôpital Saint-Louis.

(Lue dans la séance du 19 novembre 1855.)

Barbier (François), âgé de soixante-huit ans, ancien menuisier, d'une bonne constitution, d'un embonpoint médiocre, toujours sobre et réglé dans sa conduite, demeurant à Bicêtre depuis 1829, était à l'infirmerie générale de cet hospice depuis le mois de septembre 1854, lorsque je le vis pour la première fois au commencement de l'année suivante. Cet homme me dit alors qu'en 1817, pendant son travail habituel, et sans aucun phénomène précurseur, ses jambes fléchirent tout-à-coup, et qu'il tomba frappé de paraplégie avec perte absolue de connaissance. Bientôt après il recouvra l'usage de ses sens; mais ses membres inférieurs restèrent paralysés. Ce ne fut qu'au bout de quelques mois et d'une manière graduelle, que les mouvements revinrent au point de lui permettre de marcher à l'aide d'un bâton.

Dès le début de la maladie, la tête était lourde, douloureuse; la respiration embarrassée; plus tard, la voix s'affaiblit, et l'articulation des sons devint difficile. Peu prononcés pendant un grand nombre d'années, ces accidents ont en-

suite fait des progrès rapides contre lesquels le malade a plusieurs fois réclamé les secours de l'art, sans qu'il ait été possible d'en arrêter la marche. Enfin, aux symptômes précédents, vint se joindre une difficulté de plus en plus grande des mouvements des membres, qui l'obligeait à garder le lit. Il y avait quatre mois environ que le mal semblait rester stationnaire, de sorte qu'en décrivant son état actuel, je ferai suffisamment connaître les phénomènes qu'il a présentés depuis sa dernière entrée à l'infirmerie.

Décubitus horizontal sur le dos, la tête étant à peine soulevée sur un oreiller; coloration rouge obscure de la face et surtout des pommettes; peau sèche, farineuse, sans chaleur morbide; ulcère superficiel à la partie inférieure et externe de la jambe gauche; point de gonflement aux extrémités.

Les membres thoraciques jouissent de mouvements volontaires très-faibles, au point que les aliments ne sont portés qu'avec difficulté jusqu'à la bouche; les membres pelviens se meuvent également avec peine; néanmoins ils peuvent encore être soulevés, et maintenus momentanément par le malade au-dessus de son lit. Léger affaiblissement de l'intelligence et de la sensibilité générale; mais du reste, intégrité des sens. La tête est pesante, douloureuse; la moindre secousse détermine des étourdissements et des accès de suffocation. La voix est presque éteinte; l'articulation des sons lente et difficile; la respiration très-laborieuse et accompagnée d'un sentiment pénible d'oppression. Les mouvements du thorax sont plutôt ralentis qu'accélérés. Point de toux ni d'expectoration. La poitrine est sonore à la percussion, dans toute son étendue, et l'air y pénètre aisément, si ce n'est tout-à-fait en bas et en arrière où l'oreille perçoit un peu de râle sous-crépitant. Les battements du cœur et du pouls n'offrent rien d'extraordinaire. La langue est nette et sans rougeur; le malade l'amène difficilement au niveau des lèvres. L'appétit est bon, mais la dé-

glution parait gênée. Le ventre est indolent; le cours d'urines et des matières fécales naturel.

Six semaines après ce premier examen, l'ulcère de jambe finit par se cicatriser au moyen d'un digestif simple et de pansements méthodiques. Les symptômes indiqués plus haut n'ont point éprouvé de changements notables. L'auscultation et la percussion pratiquées en avant à diverses reprises, pendant cet intervalle, ne font rien découvrir de nouveau dans la poitrine. On néglige de faire cet examen en arrière, autant parce qu'on présume son résultat négatif, qu'à cause de la suffocation qui menace le malade lorsqu'on cherche à le mettre sur son séant.

Au commencement du mois d'avril, le poulx s'accélère et prend un peu plus de développement; la langue se sèche; la peau devient chaude, et l'étouffement plus considérable. En même temps, soif vive, anorexie. Ces accidents, dont la cause ne peut être reconnue, se prolongent quelques jours, après quoi le malade revient à son premier état.

Mais vers la fin du mois, les symptômes prennent une marche plus rapide, et qui semble devoir se terminer d'une manière funeste. Dès lors, affaissement général, résolution incomplète des quatre membres; excrétion involontaire des urines et des matières fécales; anorexie; déglutition difficile, les boissons ont surtout de la peine à passer, mais elles ne pénètrent point dans les voies aériennes; perte presque absolue de la voix et de la parole; dyspnée toujours croissante jusqu'au moment de la mort qui survient dans la soirée du 19 mai 1835.

Avant d'aller plus loin, je dois dire qu'en cherchant à me rendre compte des phénomènes observés chez ce malade, j'étais arrivé par induction à soupçonner une compression lente du bulbe rachidien, produite, soit par une exostose, soit par une tumeur hydatique, squirrheuse, cancéreuse ou autre.

Examen cadavérique fait trente-six heures après la mort. —

Tous les organes digestifs sont sains. Les voies aériennes ne présentent aucune altération notable. Les poumons, légèrement engoués à leur partie postérieure, sont à l'état normal dans le reste de leur volume. Le gauche est libre de toute adhérence avec la plèvre; le droit l'est également en avant ainsi qu'au sommet; mais en bas et en arrière, il est séparé de la paroi pectorale par un large caillot sanguin, épais de douze à quinze lignes, et offrant un commencement d'organisation. Les deux feuillets correspondants de la plèvre sont uniformément rouges. Cette coloration paraît être l'effet d'une simple imbibition, d'autant plus qu'on remarque à la surface quelques petites portions de matière fibreuse. La plèvre gauche ne renferme point d'épanchement. Le péricarde, le cœur et les principaux troncs artériels et veineux sont parfaitement sains.

Axe céphalo-rachidien. — L'arachnoïde est humide et transparente. Point d'injection morbide des méninges ou du cerveau. Cet organe est généralement mou, surtout vers les parties centrales. Point d'infiltration sous-arachnoïdienne; les ventricules latéraux contiennent à peine une cuillerée de sérosité limpide.

Une tumeur bleuâtre, ferme, inégale et mamelonnée à sa surface, ayant à peu près la forme et le volume d'un petit œuf de poule, existe au-devant de la moelle allongée. Située au-dessous de l'arachnoïde, elle repose d'une part sur la gouttière basilaire demeurée intacte, et de l'autre elle est en rapport avec la face antérieure du bulbe rachidien qu'elle comprime fortement. Elle se termine en bas par un léger renflement qui dépasse de quelques lignes le niveau du trou occipital. Ses parties latérales n'offrent rien de remarquable. Sa base, dirigée en haut, se trouve à la réunion du bulbe avec la protubérance. Elle détermine sur la partie interne et convexe des lobes cérébelleux une dépression susceptible d'admettre un haricot. On ne remarque en cet endroit aucune altération dans la couleur et la con-

sistance du cerveau. Les nerfs de la sixième paire, ainsi que la protubérance annulaire, ne sont point comprimés. La dernière a perdu néanmoins un cinquième environ de son volume ordinaire.

L'extrémité supérieure de la moelle vertébrale, creusée en forme de gouttière en avant, embrasse exactement toute la portion correspondante de la tumeur. Elle offre en outre dans la même étendue une teinte jaune superficielle, beaucoup moins foncée que celle des anciens foyers apoplectiques, et un ramollissement considérable qui diminue à mesure que la tumeur devient moins volumineuse. Placé sous un filet d'eau, ce ramollissement, loin de se laisser aller en bouillie, se divise en une multitude de filaments dirigés pour la plupart dans le sens des fibres de la moelle, et que le liquide pénètre et soulève. La couche de substance médullaire sous-jacente, épaisse de deux à trois lignes, ne paraît avoir éprouvé qu'une compression légère.

On ne découvre plus de traces des éminences pyramidales, si ce n'est à la partie supérieure du bulbe rachidien. Les éminences olivaires, déprimées en dedans, semblent être écartées l'une de l'autre et déjetées en dehors. Les racines des nerfs hypoglosses sont en partie détruites, et les nerfs eux-mêmes atrophies. Celles des pneumogastriques et glosso-pharyngiens sont légèrement aplaties. L'accessoire de Willis (nerf spinal) est distinct et sans lésion appréciable dans tout son trajet. On ne découvre rien d'anormal dans le reste de la moelle épinière.

Examinée séparément, la tumeur représente dans son ensemble une sorte d'ovoïde très-irrégulier. Sa surface rugueuse et inégale est surmontée par trois tubercules pisiformes. L'un d'eux se rencontre à la base de la tumeur où il sépare l'artère basilaire de l'extrémité supérieure de la moelle vertébrale. Les deux autres, situés à la face supérieure, s'enfonçaient dans la substance du bulbe rachidien à laquelle ils étaient intimement unis par le tissu très-fin de la

pie-mère. La tumeur n'a pas moins de 21 lignes en longueur et 15 lignes pour mesure de son plus grand diamètre en largeur.

On voit à sa base, en avant du tubercule indiqué ci-dessus, le confluent des deux artères vertébrales qui viennent isolément, l'une à droite, l'autre à gauche, former l'origine du tronc basilaire. Celui-ci monte au-devant de la protubérance, fournit, après un trajet d'une ligne, les artères cérébelleuses inférieures un peu dilatées, et se comporte ensuite comme à l'ordinaire. Ses parois, incrustées de quelques plaques jaunâtres cartilagineuses, ont quatre lignes de largeur. Au niveau du point de jonction des artères vertébrales, celles-ci commencent à se dilater latéralement, en arrière et en haut, se continuent en avant avec les parois de l'artère cérébelleuse droite, et finissent par s'étendre considérablement en bas, de manière à constituer l'enveloppe de la tumeur anévrysmale. Si je parle de dilatation, c'est qu'en effet une dissection attentive m'a permis de suivre les trois tuniques de l'artère basilaire jusque sur le sommet des tubercules où leur isolement est encore assez facile à opérer. De plus, il existe entre les membranes interne et moyenne plusieurs plaques cartilagineuses semblables à celles que l'on observe sur le tronc basilaire.

La poche anévrysmale est remplie presque en totalité par une masse fibrineuse, dense, homogène et grisâtre, qui donne à la tumeur sa forme et sa consistance. Elle y adhère faiblement, et s'en trouve séparée dans la partie correspondante à la gouttière basilaire, par une couche inégale de sang coagulé, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur. Ce sang, tout-à-fait distinct de la concrétion précédente par son état demi-liquide et par sa couleur rouge-brune nettement tranchée, ne présente aucune disposition lamelleuse. Il semble que le fluide circulatoire arrivant par les artères vertébrales, à l'origine de la basilaire, pour traverser ce dernier vaisseau, refluit en partie jusqu'au sommet de la tu-

menr, dans l'espèce de cul-de-sac aplati qu'occupait le cail-
lot que je viens de décrire.

Réflexions. — La science ne possède encore que deux
exemples de tumeurs anévrysmales proprement dites, affect-
tant le tronc basilaire. L'un appartient à Hogdson et l'autre
à M. Serres. Celui que j'ai l'honneur de vous présenter,
non moins remarquable que les précédents, s'en distingue
sous plusieurs rapports.

D'abord, de toutes les tumeurs anévrysmales observées à
l'intérieur du crâne, celle-ci est sans contredit la plus vo-
lumineuse. L'anévrysme dont M. Serres a donné la descrip-
tion (Ann. Méd. Chir., p. 314) n'avait qu'un ponce de dia-
mètre en tout sens, et celui de Hogdson (Malad. des art. et
des veines, tom. 1^{er}, obs. 11^e), seulement le volume
d'une fève.

Ensuite, c'est le premier exemple que je connaisse de tu-
meur anévrysmale développée à l'origine du tronc basilaire.
Celles qui ont été décrites par MM. Serres et Hogdson étaient
situées *au-dessus de la protubérance, et vers le confluent des
branches que cette artère fournit.*

Nous avons vu quels désordres l'anévrysme observé chez
Barbier avait produits dans la moelle allongée et les parties
environnantes. C'était un effet nécessaire et proportionné
d'ailleurs au volume de la tumeur. Dans les autres obser-
vations, il n'est nullement question de lésions analogues.
Cependant il me paraît impossible que des tumeurs sangui-
nes ou autres de 4, de 8 et 12 lignes de diamètre, dévelop-
pées entre le crâne et le cerveau, ne compriment pas plus
ou moins les organes avec lesquels elles se trouvent en con-
tact. Le silence des auteurs à cet égard est d'autant plus fâ-
cheux, que les effets de la compression cérébrale doivent
être à peu près les seuls phénomènes qui puissent nous faire
soupçonner l'existence d'une tumeur dans tel ou tel endroit
de la cavité crânienne.

Extrait du rapport de M. NIVET, sur l'observation précédente.

L'examen de la tumeur nous à appris les détails suivants. Les parois sont formées : 1° Par la membrane externe qui existe dans toute l'étendue de la poche; son épaisseur est assez uniforme, elle est un peu plus grande que celle de la membrane externe de l'artère basilaire.

2°. En dedans de cette membrane, on remarque une couche inégale dans l'épaisseur de laquelle se sont formées des plaques cartilagineuses. Cette couche disparaît vers le sommet de la tumeur, elle paraît se continuer avec la membrane moyenne; mais on n'y retrouve plus les fibres jaunes et élastiques qui caractérisent cette dernière.

3°. La membrane interne peut facilement être suivie à plusieurs lignes en dehors de l'artère basilaire; mais bientôt elle disparaît, et la surface interne de la poche devient rugueuse et inégale. Dans quelques points, elle paraît s'arrêter brusquement à 2 ou 3 lignes de l'artère basilaire.

Nous croyons pouvoir affirmer que les parois du sommet de l'anévrysme ne sont pas formées par les trois tuniques artérielles; et que, si pendant un certain temps cette tumeur a été un anévrysme vrai, elle est devenue plus tard un anévrysme mixte externe.

Note sur un cas d'Ulcère de l'estomac cicatrisé; communiquée par M. CRUVEILHIER, président de la Société.

Lamier, âgée de cinquante-deux ans, fille occupée aux travaux de la campagne, n'ayant jamais été bien réglée, éprouva en 1814, il y a vingt-un ans environ, pendant qu'elle travaillait à la moisson, un vomissement très-abondant qui dura cinq jours, et qui n'était accompagné d'aucune souffrance de l'estomac; elle reprit ses travaux, et le vomissement cessa et revint de temps à autre, en remplacement des règles, qui ne furent jamais bien régulières. Depuis quatre

ans, elle souffre de l'estomac sans interruption, auparavant elle ne souffrait de cet organe que de temps en temps. *Aujourd'hui, elle est pâle*, décolorée plutôt que jaunâtre, je la trouve toujours recourbée sur elle-même, couchée sur le côté gauche, les genoux contre le ventre. Lorsqu'elle se couche sur le côté droit, il lui semble que des eaux brûlantes et acides lui remontent sur l'estomac. La pression est douloureuse dans tous les temps sur toutes les parties intermédiaires à l'estomac et à l'ombilic; elle est insupportable dans les moments de crise. Ces crises consistent dans une crampe très-douloureuse de l'estomac, un pincement très-fort se fait sentir, il semble à la malade que l'estomac se retourne sens dessus dessous, que tout l'abdomen remonte à l'épigastre, en même temps qu'elle éprouve une douleur très-vive à la région spinale correspondante. Les douleurs prenant le plus souvent la nuit et se dissipant le matin, il semble alors à la malade qu'une bouteille d'eau se vide; le soulagement est subit. L'appétit est prodigieux; si elle ne mange pas, elle souffre davantage: quelquefois l'introduction d'une certaine quantité d'aliments arrête la douleur. Quoiqu'elle n'ait jamais envie de vomir, elle se fait vomir tous les jours par l'introduction des doigts dans l'arrière-bouche; ce vomissement la soulage. L'exploration qui importune fort la malade ne démontre rien. Les lavements causent de la douleur. Souvent *le ventre est tympanisé* comme dans la péritonite la plus intense; il est alors extrêmement douloureux. L'état tympanique cesse brusquement à des intervalles éloignés; la malade a des selles sanglantes très-abondantes, quelquefois portées au point de lui faire craindre pour sa vie.

Le 1^{er} juillet, elle était comme de coutume, mangeait comme à l'ordinaire. Le soir elle fut prise de coliques très-vives, au point de se rouler par terre, Elle succomba au bout de huit heures.

Autopsie cadavérique. — Emphysème facial, emphysème

dans les muscles. Cet emphysème ne s'accompagne pas de putréfaction.

Tympanite. — L'air était dans la cavité péritonéale; aliments épanchés dans l'abdomen. Les matières solides étaient logées dans les hypochondres et au voisinage. Les matières liquides avaient fusé dans le petit bassin. L'estomac était énorme et adhérent au foie; les intestins grêles paraissaient au-devant de l'estomac et du foie; un grand nombre d'anses occupait l'hypochondre droit. L'estomac perforé offrait en avant une petite ouverture, point de squirrhe. Distendu, cet organe représentait la panse d'un ruminant ouverte par son bord convexe. Il a présenté une quantité énorme d'ulcérations, sept à huit cents, extrêmement petites; une zone de cicatrice entourait le pylore qui apparaissait en cul de poule au centre de cette zone blanche, déprimée, dure, adhérente au foie. De cette zone qui était à droite dans l'appendice sternal, partait une cicatrice qui se prolongeait sur la paroi antérieure de l'estomac. Cette cicatrice avait été déchirée; il n'y avait aucune ulcération dans ce point. Les vaisseaux chylifères et les ganglions des mésentères étaient remplis de chyle.

Ainsi, en résumé, ce cas a offert un ulcère ancien guéri, une perforation de l'estomac par déchirure; des hémorrhagies fréquentes pendant la cicatrisation d'un ulcère. Pourquoi tant de douleurs? Pourquoi cet appétit vorace?

L'adhésion de l'estomac au foie explique le développement de cette partie musculo-membraneuse en arrière des intestins grêles portés en avant.

Hydropisie symptomatique d'une affection granuleuse des reins. — Observation recueillie par M. TAUPIN, interne à l'hôpital des Enfants malades. (Voy. pour les détails du commencement de cette observation, le tome 5 des Archives, page 373.)

Demay, âgé de dix ans, habitait une rue saïte, un lo-

gement petit, peu élevé, mais sec. Il s'est bien porté autrefois, à eu, étant très-jeune, la rougeole et la scarlatine, et en a guéri promptement. Son père et sa mère sont bien portants, une de ses sœurs est morte hydropique à l'âge de huit ans. Depuis le mois de juillet 1833, le jeune Demay a vu sa santé s'altérer, et a été pris de douleurs lombaires, de vomissement, et parfois de dysurie. Au mois de septembre, il lui survint de l'infiltration qui s'étendit successivement aux membres inférieurs, au scrotum et aux parois abdominales. Il se fit dans le péritoine un épanchement considérable. Quelques diurétiques suffirent pour faire disparaître l'hydropisie : les douleurs lombaires persistèrent seules.

L'anasarque ne tarda pas à reparaitre plus considérable que la première fois. Les saignées et les diurétiques amenèrent un soulagement marqué, et le 5 décembre l'enfant sortit en bon état.

Ce ne fut que deux mois après, en février 1834, qu'il fut pris d'une nouvelle hydropisie, dont les saignées et les diurétiques unis aux purgatifs triomphèrent encore une fois.

La durée de la guérison fut encore moins longue; et au mois d'avril, les accidents reparurent. Le malade avait un peu de toux, de l'oppression, de la soif, de l'anorexie, de la fièvre. Ses membres étaient œdématisés, il urinait peu; cet état se prolongeant et s'aggravant, les parents le ramenèrent à l'hôpital des Enfants malades le 14 juin 1834.

L'infiltration siégeait principalement aux paupières, au menton, aux parois abdominales; il n'y en avait que peu au scrotum et aux membres; l'abdomen, volumineux, présentait une fluctuation évidente; la poitrine sonore en général l'était moins à droite qu'à gauche. Il y avait à la base du poumon droit du râle crépitant, du rhoncus en haut; en avant du râle muqueux disséminé. A gauche, également du râle muqueux en avant, mais seulement du rhoncus en arrière. Le cœur avait une impulsion normale; ses battements étaient clairs, réguliers. Le malade toussait

un peu, avait de la fièvre. Son urine était rare, trouble, grisâtre; chauffée, elle se réduisait presque entièrement en une espèce de gelée. Jusqu'au 1^{er} juillet, les symptômes s'amendèrent, le pouls se ralentit, s'abaisa; l'abdomen devint moins tendu, les paupières moins gonflées. Les urines plus abondantes, plus claires, coagulèrent de moins en moins par la chaleur et l'acide nitrique. Les fonctions digestives et respiratoires s'accomplissaient librement. Le traitement consistait en bains de vapeur, en boissons diurétiques.

Au premier juillet, il fut pris d'une toux assez forte, que l'on combattit avec succès par un vésicatoire appliqué au côté gauche de la poitrine. Mais le 3 juillet, l'hydropisie reparut : œdème des paupières, des membres inférieurs, respiration gênée, matité grande, bruit respiratoire presque nul en arrière des deux côtés de la poitrine; l'urine est moins abondante, grise, épaisse, plus albumineuse. (On applique douze sangsues sur la poitrine.) Pendant les deux jours suivants, l'état général s'amende un peu; puis, le 6 juillet, paraît après une fièvre d'un jour, une éruption de petites raies rouges, simulant une rougeole irrégulière. Cette éruption ne dure que deux jours. Sa disparition n'entraîne aucun accident; six jours après, l'enfant est pris, pendant la nuit, subitement, des symptômes suivants : il éprouve une douleur très-aiguë au côté droit de l'abdomen, à l'ombilic, un goût infect dans la bouche, avec nausées, dévoiement considérables. Son faciès est altéré, son pouls est fort et fréquent. Le lendemain, la douleur a disparu spontanément, le dévoiement est moindre.

La diarrhée cesse au bout de quelques jours, et l'hydropisie augmente. Au 23 juillet, tout le corps est œdématié, l'abdomen énormément distendu. Cet état se prolonge encore jusqu'au milieu du mois d'août. Le 17, il est pris de sueurs abondantes, d'envies fréquentes d'uriner; en vingt-quatre heures, l'hydropisie a complètement disparu. On

cherche vainement par des bains de vapeur à favoriser cette crise. L'hydropisie se reproduit graduellement.

Au mois d'octobre, elle était très-marquée et ne diminuait plus comme autrefois après les bains de vapeur, elle fit des progrès; tous les jours, les urines devenaient de plus en plus rares, malgré la prescription du sirop de pointes d'asperges.

Enfin, le 13 octobre, Demay fut pris subitement d'une tuméfaction générale très-considérable. En quelques instants, son corps était méconnaissable, sa voix éteinte, la respiration anxieuse, la suffocation imminente; on lui pratiqua des scarifications sur la poitrine, on lui appliqua des sangsues au col; et le soir même, la dyspnée, l'aphonie avaient disparu, l'enfant chantait assis sur son lit.

L'anasarque se dissipa, mais l'ascite resta la même et augmenta les jours suivants. La paracentèse fut jugée nécessaire, elle fut pratiquée. La sérosité extraite était transparente, ne coagula ni par la chaleur ni par l'acide nitrique. On répéta cette opération quinze jours après, et la sérosité extraite fut trouvée en tous points semblable à la première. A la suite de la seconde ponction, le malade fut pris de douleurs abdominales vives qui augmentèrent par la pression, de vomissements, de dévoiement, de symptômes cérébraux. Il eut du délire, depuis le 18 novembre jusqu'à sa mort, qui arriva le 22 novembre.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — Extérieur du corps. Volume considérable de l'abdomen, gonflement pâteux des parois abdominales, œdème des membres, peu marqué aux supérieurs, très-apparent aux inférieurs. Une sérosité transparente s'écoule abondamment par des incisions pratiquées à la peau et au tissu cellulaire; traitée par l'acide nitrique, elle n'a donné aucun précipité. Les bourses sont œdématisées, excoriées en certains points autour desquels se remarque une coloration d'un rouge brunâtre.

Abdomen. — L'abdomen ouvert, un flot considérable

s'en écoute, la sérosité est moins transparente que celle des membres inférieurs et que celle qu'on avait extraite par les ponctions faites pendant la vie. Dans cette sérosité naissent quelques flocons pseudo-membraneux. Les intestins sont unis entre eux par des fausses membranes, molles, peu épaisses; le foie, la rate en sont également recouverts. Cette sérosité a précipité abondamment quand on y a versé de l'acide nitrique. Le foie n'a pas augmenté de volume. Quand on le saisit avec la main pendant qu'on détruit ses adhérences naturelles, on sent qu'il cède, conserve l'impression du doigt et se déchire facilement. Sa coupe est d'une couleur fauve. Il ne présente aucune autre altération.

La rate a son volume normal, et ne présente aucune lésion apparente. Les reins sont très-volumineux; comparés au rein sain d'un enfant du même âge, ils présentent une grosseur presque double. Ils sont colorés en jaune extérieurement; cette coloration est interrompue en plusieurs endroits par des arborisations vasculaires; par des points blanchâtres, ou par de petites granulations. En outre, on y remarque des dépressions dans les points correspondants; la face extérieure des reins est entièrement formée par des cônes de substance tubuleuse. Si on les coupe, on voit que la substance mamelonnée a perdu un peu de sa coloration rouge, mais la différence n'est pas bien tranchée. C'est dans la substance corticale que se voient les plus grandes altérations; elle est entièrement décolorée, jaunâtre, molle, et présente dans quelques points de petites saillies jaunâtres, ou granulations caractéristiques de la maladie. Au reste, ces lésions ne se rencontrent pas au même degré sur les deux reins et dans toute leur étendue; elles sont bien plus marquées au rein gauche qu'au droit, près des bords de l'organe que dans tout autre point.

La vessie ne présente aucune altération, l'urine qu'elle contient en petite quantité est trouble et se coagule par l'acide nitrique.

L'intestin paraît épais, ce qui est dû au développement

de fausses membranes sur le péritoine; à l'intérieur, on ne trouve ni injection, ni ramollissement, ni ulcération de la muqueuse; seulement les follicules, agminés et isolés, sont très-volumineux; la cavité de l'intestin est remplie d'une matière blanchâtre, assez semblable aux déjections des cholériques.

Poitrine. — Les plèvres ne contiennent que peu de sérosité. Elles ne sont nullement adhérentes, et elles n'offrent pas de fausses membranes. Les poumons sont crépitants à leur superficie; sous la plèvre, on trouve des granulations tuberculeuses fort petites, en très-petit nombre; et profondément, au centre de ces organes, dans chacun des lobes, plusieurs noyaux d'un rouge foncé, indurés, dus à autant de foyers apoplectiques. Dans le poumon droit, l'hémorrhagie paraît plus ancienne qu'à gauche.

Le péricarde dilaté ne renferme que la quantité normale de sérosité.

Le cœur est volumineux, assez mou, les deux ventricules sont dilatés également. Le gauche n'est pas plus épais que le droit. Celui-ci contient un caillot fibrineux qui remplit toute sa cavité. L'aorte, l'artère pulmonaire, les veines caves, ont été trouvées exemptes de toute oblitération, de toute compression.

Tête. — L'arachnoïde contient peu de sérosité. Le cerveau ne présente que peu d'injection. La consistance est normale, les membranes s'en détachent facilement sans qu'on intéresse la substance cérébrale.

Acéphalocyste dans le lobe supérieur du poumon droit. —

Pleurésie bornée. — Mort par le choléra-morbus. — (Observation recueillie par M. S. MORET, interne des hôpitaux.)

Marie Noël, âgée de onze ans, d'une constitution médiocre, entra le 25 février 1832 à l'hôpital des Enfants.

Elle se plaignait d'éprouver depuis plusieurs jours dans la fosse sous-épineuse droite, une douleur qu'exaspéraient

la toux et les fortes inspirations. La toux était d'ailleurs peu intense et sans expectoration. La respiration, un peu plus accélérée que dans l'état normal, s'entendait dans toute l'étendue des deux poumons, sans aucun bruit particulier; la soif était assez vive; inappétence, paroxysme fébrile le soir. On prescrivit des ventouses scarifiées, *loco dolenti*, des boissons émollientes, la diète.

La douleur persistant, le 27 six sangsues, et le 28 deux nouvelles ventouses scarifiées, furent appliquées au même endroit. Ces applications diminuèrent la douleur, qui ne se réveillait plus que dans les grandes inspirations, et paraissait se porter surtout du côté de l'aisselle. On fit encore poser le 1^{er} mars un emplâtre stibié sur la fosse sous-épineuse droite; il fut levé le 5, et l'état général étant bon alors, on permit de légers aliments.

L'auscultation pratiquée à cette époque fit reconnaître du retentissement de la voix dans le lieu déjà indiqué; ce symptôme ne fit que s'accroître jusqu'à la sortie de la malade, qui eut lieu le 17 mars.

Le 31 du même mois, elle revint à l'hôpital; la face était pâle, le corps émacié, une diarrhée abondante était survenue, il y avait des sueurs nocturnes, et quoique les crachats fussent simplement muqueux et les signes locaux peu caractéristiques, on crut à l'existence d'une phthisie tuberculeuse.

Le 3 avril dans la nuit, survinrent tous les symptômes du choléra-morbus; vomissements et déjections alvines, yeux enfoncés, entourés d'un demi-cercle brunâtre, à la paupière inférieure; couleur violacée, et refroidissement du visage et des extrémités; pouls insensible, affaissement, langue humide conservant encore de la chaleur, soif vive, abdomen légèrement douloureux, déjections séreuses mêlées de grumeaux muqueux blanchâtres, facultés intellectuelles libres.

Ces accidents furent combattus par des applications chau-

des, des frictions, des sinapismes aux jambes et sur l'estomac, une potion laudanisée à 5 gouttes.

Le 5, pouls un peu relevé, il est à 108; un peu de chaleur, respiration plaintive, légère agitation.

Continuation des mêmes moyens, emplâtre de thériaque sur l'épigastre. La journée se passe dans cet état; la face est froide et pâle; les mains exposées à l'air se refroidissent aussitôt, les vomissements et les selles continuent; les yeux sont caves, éteints; la mort arrive le 6, vers 7 heures du matin.

Autopsie dix heures après la mort. — Membres raides, vergetures sur tout le corps, principalement aux extrémités; pupilles larges, taches irrégulières et desséchées, disposées en demi-cercle sur la sclérotique, au-dessous de la cornée transparente.

Crâne et rachis. — Les membranes encéphaliques et les sinus sont gorgés de sang, un peu de sérosité est infiltrée dans les intervalles anfractueux; la substance grise paraît comme piquetée, et de chacun des points qu'elle présente, la pression fait suinter un peu de sang; la substance blanche est fortement sablée, l'encéphale est bien consistant. Les vaisseaux spinaux sont injectés, la moelle est ferme et sans altération.

Thorax. — Pas d'épanchement dans la poitrine; le poumon gauche est sain, légèrement crépitant; le lobe supérieur du poumon droit présente des adhérences constituées par des fausses membranes assez épaisses. Une incision faite sur la paroi postérieure de ce lobe donna aussitôt issue à un flot de matière séro-purulente, et à une masse globuleuse blanchâtre, d'apparence pseudo-membraneuse élastique et tremblottante, qui fut bientôt reconnue pour un kyste hydatique. Ce sac avait été ouvert par la première incision, de manière que le liquide qu'il contenait s'était presque entièrement écoulé. Le peu qui restait était d'une couleur citrine; et légèrement opaque. Il n'y avait pas de vésicules hydatiques.

L'épaisseur du kyste est d'environ une ligne; il paraît formé de plusieurs couches superposées, et est absolument analogue à de l'albumine concrétée par la chaleur. Les couches intérieures sont plus molles, légèrement jaunâtres; la surface extérieure dans l'état de vacuité est ridée et comme chagrinée.

Une vaste caverne, occupant tout le lobe supérieur droit, loge l'acéphalocyste. Les parois de cette caverne sont très-minces en dehors et ne paraissent constituées là que par la plèvre seule, renforcée par les fausses membranes. Dans le reste de leur étendue, elles sont formées par le tissu pulmonaire refoulé et densifié de telle sorte, qu'une portion de ce tissu jetée dans l'eau se précipite au fond. Dans l'intérieur de la caverne, on trouve une certaine quantité de pus analogue à celui que contiennent les cavernes tuberculeuses; cette cavité est tapissée par une fausse membrane épaisse, formant des sortes de colonnes, et d'organisation déjà ancienne. A la surface de la pseudo-membrane vient aboutir le gros tuyau bronchique du lobe supérieur, qui pouvait ainsi transmettre au-dehors la matière contenue dans la caverne. Les parois du sac caveux incisées et comprimées, laissent suinter du pus par toutes les ouvertures des petites bronches: le reste de ce poumon est parfaitement sain, pas de tubercules dans les ganglions bronchiques; la trachée et les bronches sont sans rougeur à l'intérieur.

Pas d'épanchement dans le péricarde; les cavités cardiaques, surtout les droites, sont gorgées d'un sang noir et fluide. Le tissu du cœur est flasque, mais non ramolli.

Abdomen. L'estomac est distendu par le liquide des boissons; la muqueuse en est légèrement piquetée; les trois quarts inférieurs de l'intestin grêle sont fortement injectés avec plaques de Peyer tuméfiées; des matières blanchâtres et glutineuses sont contenues dans cet intestin, et dans le reste du canal, sans traces de matières fécales; quelques trichocéphales dans le cœcum; le gros intestin est sans injection.

Le foie est pâle ; les troncs veineux de cet organe contiennent néanmoins une assez grande quantité de sang. La vésicule est remplie de bile d'un vert porracé. Rien dans la rate ni dans les reins, si ce n'est la même injection de sang noir. La vessie est contractée et sans urine.

Réflexions. — Il est absolument impossible de déterminer à quelle époque peut remonter la formation du kyste hydatique dans le poumon de notre malade. Sa présence n'a pu se manifester par quelques signes, que du moment où son volume a été assez considérable pour gêner les fonctions pulmonaires.

Ce qui pourrait faire présumer que son développement a été rapide, c'est que lorsque le petit malade s'est présenté la première fois à l'hôpital, l'auscultation ni la percussion ne firent d'abord rien découvrir. Plus tard, la respiration devint plus faible dans l'endroit affecté, et enfin une pectoriloque encore peu prononcée donna lieu de croire à l'existence d'une caverne dont l'origine et la cause furent méconnues, et ne pouvaient en effet être établies par aucun signe sensible ou rationnel.

La terminaison d'une pareille affection pouvait-elle être favorable ? L'adhérence pleurétique du lobe pulmonaire contenant l'acéphalocyste, la minceur des parois externes de la caverne ne consistant plus presque que dans la fausse membrane pleurétique elle-même, et enfin la douleur axillaire qui se manifestait chez notre malade, indiqueraient-elles un effort tenté par la nature pour procurer l'issue du corps étranger, à travers les parois pectorales ? Bien qu'on trouve un pareil exemple de terminaison cité par M. Cruveilhier dans son article *Acéphalocystes* du *Dict. de Médec. prat.*, on aura moins de peine à admettre la possibilité de la guérison par l'expulsion bronchique. Il faut néanmoins reconnaître que ce mode d'expulsion qui, dans l'origine et lorsque le kyste hydatique était encore d'un petit volume, ne présentait pas plus de difficultés que la sortie d'un tubercule demi-ramolli ou d'un calcul pulmonaire, devenait de jour en jour plus difficile. Sans doute le mal était trop avancé pour qu'il eût pu se terminer d'une manière favorable.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 8 (3^e SÉRIE) — (Avril 1836),

édité

PAR MM. VALLEIX, MARROTTE, CAZALIS, DENONVILLIERS,
ET SONNIÉ-MORET.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Février et Mars 1836.*

1. Poils trouvés dans le gros intestin de quelques chevaux. — 2 et 3. Fractures intra-capsulaires du fémur, non consolidées. — 4. Nécrose invaginée du calcaneum. — 5. Extraction d'une dent déformée. — 6. Apoplexie de la protubérance. — 7. Cancer du cerveau. — 8. Anévrysme de la crosse de l'aorte. — 9. Abscès métastatiques du foie. — 10. Réduction d'une luxation du fémur par un nouveau procédé. — 11. Ramollissement gangréneux et perforation de l'utérus. — 12. Cancer de l'utérus. — 13. Masses d'hydatides développées dans l'utérus. — Nominations faites pendant les mois de février et de mars.

1. M. Maillet fait voir des portions de gros intestins prises chez deux chevaux entiers de race boulonaise, et sur la muqueuse desquelles on voit une multitude de petits poils très-courts, un peu rudes et blanchâtres. Ces poils s'aperçoivent beaucoup mieux sur l'intestin frais, que sur l'organe desséché, mais on les sent encore très-bien sur ce dernier. Chez un des deux chevaux, les poils se rencontraient que dans l'étendue de quatre ou cinq pieds, dans la courbure pelvienne du colon, à vingt pieds au moins au-dessus du rectum. Chez le second, ils occupaient tout le gros intestin, excepté la portion flottante du colon et le rectum. Ces deux chevaux sont morts d'entérorrhagie. M. Maillet pense que ces poils se trouvent chez certains chevaux, à l'état normal.

Dans une séance suivante, le même membre a présenté une portion du gros colon d'un cheval de race belge, sur laquelle on trouve des poils tout-à-fait semblables aux précédents. Le cheval était mort d'entérorrhagie, comme les premiers. M. Maillet n'a pas encore rencontré ces poils sur des chevaux morts d'autres maladies; il est vrai que ces derniers étaient tous de races méridionales.

3. M. Cruveilhier montre une fracture intra-capsulaire du col du fémur, datant de huit ou neuf ans. Cette fracture fut produite dans une chute occasionnée par une paralysie subite. Le membre avait un raccourcissement de dix-huit lignes. A l'autopsie on a trouvé la capsule très-lâche et remplie d'un liquide purulent; la tête du fémur était unie au reste de l'os par un ligament fibreux très-résistant; la face qui répondait à la fracture présentait une cavité peu profonde dans laquelle glissait le petit trochanter développé, formant une saillie considérable, lisse et éburnée. Le jeu de cette articulation était très-étendu. La face convexe de la tête de l'os était rugueuse et privée en partie de son cartilage d'incrustation. La tête tout entière était compacte et très-pesante; la cavité cotyloïde et son bourrelet présentaient un assez grand nombre de végétations osseuses.

5. M. Bertrand présente également une fracture intra-capsulaire, produite chez une femme de soixante-quatorze ans, maigre et faible, par une chute sur le grand trochanter. On reconnut la fracture aux signes suivants:

Membre raccourci d'un ponce et demi, rotation en dehors, crépitation sensible à la main; le grand trochanter rapproché de la crête iliaque, ne décrit plus un arc de cercle comme à l'état sain, la cuisse est plus volumineuse que l'autre; la plus légère traction sur le pied, le bassin étant maintenu, suffit pour faire disparaître tous ces symptômes qui se reproduisent aussitôt qu'on n'exerce plus l'extension.

La malade fut soumise au double plan incliné, mais elle ne voulut jamais garder la moindre immobilité du membre. Elle succomba deux mois et demi après l'accident.

A l'autopsie, on a trouvé une fracture intra-capsulaire. Le ligament orbiculaire, généralement épaissi vers sa partie antérieure et externe, a au moins deux lignes d'épaisseur. La fracture, qui est transversale, a son siège à la jonction de la tête avec le col du fémur. Des deux tiers supérieurs de la surface articulaire du fragment inférieur naît un fort ligament fibreux du volume du doigt, qui va s'insérer à la partie externe de la capsule fibreuse, tout près du bourrelet glénoïdien; de la base du petit trochanter naît un autre ligament large de deux lignes, mince, mais très-résistant, qui vient se fixer au fragment supérieur en s'y épanouissant en forme de membrane; la cavité cotyloïde, ainsi que les parties environnantes de l'os iliaque, sont dans l'état normal.

Le col du fémur a perdu au moins un tiers de sa longueur. On n'a pas trouvé dans l'intérieur de l'articulation la moindre parcelle de matière osseuse.

4. M. Mercier fait voir une nécrose du calcanéum chez un homme d'environ quarante ans. En juillet 1835 il survint un gonflement du pied qui commença au-dessous de la malléole externe, sans cause connue; quelques mois plus tard, fluctuation; une ouverture donna écoulement à une matière blanche et sanieuse; il en résulta une fistule au-dessous de la malléole externe; un stylet faisait sentir de la crépitation, on crut à une carie et on amputa.

On a trouvé une portion grosse comme la dernière phalange du doigt médiocre, sanguinée et déjà un peu mobile, au centre de la moitié postérieure du sinciput. Une ouverture située sur la face externe de cet os conduisit à la portion nécrosée, qui est de couleur jaune. Autour, l'os est ramolli et grisâtre dans une épaisseur d'une ligne. Plus loin jusqu'à la poutre d'os tendue, le tissu osseux est un peu plus rouge et ses trabécules moins larges.

5. M. Garisl montre une dent qu'il a fallu extirper en enlevant la paroi externe de l'alvéole. C'est la dernière molaire; elle était déformée et adhérente aux parois alvéolaires, et sa couronne n'avait pas pu s'élever au-dessus du niveau de la gencive.

6. M. Bertrand fait voir un cas d'apoplexie de la protubérance antérieure, observé chez un homme de soixante-quatorze ans, qui avait joui jusque-là de la plus brillante santé.

Le 15 février, il se plaignait de pesanteur de tête; le lendemain à dix heures du matin, il fut frappé d'apoplexie. Arrivé auprès de lui, à l'instant même de l'accident, M. Bertrand remarqua ce qui suit : Perte complète de connaissance; convulsions générales très-fortes, sensibilité sinon anéantie au moins très-obtuse. Au bout de deux heures les convulsions cessèrent complètement et furent remplacées par une paralysie générale du sentiment et du mouvement. Respiration stertoreuse. Deux heures après, quatre heures par conséquent après l'accident, le malade mourut.

A l'autopsie qui fut faite vingt-quatre heures après la mort, on trouva une hémorrhagie de la protubérance antérieure; cette protubérance, augmentée de volume et dont la consistance était un peu diminuée, présentait dans son centre un foyer, rempli de sang caillé, pouvant admettre trois nois ordinaires. L'épaisseur des parois de ce foyer, mesurée de la surface interne à l'externe, était à peu près de deux lignes partout. Le sang ne s'était échappé nulle part. Rien de notable dans le reste de l'encéphale, si ce n'est un épaississement notable des méninges.

Le cœur avait son volume normal. On voyait quelques ossifications dans la aorte descendante.

7. M. Charcotay présente une masse encéphaloïde trouvée dans le cerveau d'un homme de quarante-huit ans. Ce sujet, d'un tempérament bilieux, exerçant la profession de cordonnier, avait mené une vie très-régulière et joui d'une bonne santé jusqu'au 10 septembre 1835, où il eut, après quelques douleurs de tête vagues, une attaque d'apoplexie caractérisée par la perte de la connaissance et de la parole et par quelques convulsions du bras droit suivies d'une hémiplegie droite. La sensibilité n'était point diminuée. Le 10 décembre de la même année, une attaque en tout semblable fut éprouvée par le malade, mais elle ne se termina pas en vingt jours, sans laisser de traces sensibles, comme la première. Bien que le malade pût reprendre ses occupations, les membres droits restèrent faibles, la langue embarrassée et l'intelligence obtuse. Les maux de tête étaient fréquents. A la fin de janvier 1836, il survint une troisième attaque, et le ma-

l'ade entre à l'hôpital le 17 février suivant. Voici quel était son état : maigreux, face pâle, peu d'appétit, douleurs de tête générales, intelligence obtuse, lenteur des réponses, intégrité de la vue et de l'ouïe, déviation de la langue à droite, abaissement de la commissure des lèvres, distension de la joue droite quand, le malade souffle fortement, le mouvement est presque complètement paralysé dans le membre inférieur droit, un peu moins dans le membre supérieur. Le 22 février au soir, la tête est plus douloureuse, surtout dans la région frontale; perte presque complète de connaissance, parole très-difficile, mouvements convulsifs dans les deux bras, que le malade porte alternativement à son front; mort à trois heures du matin.

Autopsie. Au niveau de la bosse pariétale gauche, existe une adhérence du cerveau avec la dure-mère que l'on sépare difficilement avec le manche du scalpel. Sur le milieu de l'hémisphère gauche, on trouve une érosion de la substance cérébrale qui au-dessous de ce point est jaune, rarifiée, résistante, comme fibreuse dans l'étendue d'un pouce en tout sens; en avant et plus profondément, on découvre une tumeur de nature encéphaloïde, grosse comme un œuf de poule, rosée et vasculaire à son pourtour; grêlée, lardacée, homogène et sans trace d'organisation à son centre; elle se continue manifestement avec la substance filamenteuse jaune, précédemment décrite, tandis qu'elle se sépare facilement de la substance cérébrale saine environnante. On n'y découvre pas de kyste. D'une part, elle touche à la face supérieure du corps calleux, et de l'autre, elle s'étend au-dessus du ventricule latéral, sans faire aucune saillie à son intérieur. A la partie postérieure, et supérieure de la protubérance annulaire, on trouve trois petits foyers apoplectiques récents; le sang y est noir et coagulé. Le plus grand, aplati de haut en bas, et situé sur la ligne médiane, a quatre à cinq lignes dans son plus grand diamètre, les deux autres ronds et gros comme de petits noyaux de cerises, sont placés un peu à côté de la ligne médiane. Les autres organes examinés seulement à l'extérieur, ont paru sains.

8. M. Husson présente une anévrisme du côté droit de la crosse de l'aorte trouvé sur un homme de soixante ans. Depuis long-temps ce malade était sujet à une oppression pénible et à des suffocations, il ressentait de vives douleurs; dans les derniers temps il éprouvait de la difficulté à avaler, quelquefois même les boissons étaient rendues par régurgitation au moment où elles étaient prises. A l'autopsie, on a trouvé le cœur refoulé en bas et à droite; au-dessus de lui existait une tumeur volumineuse appuyée en bas sur le diaphragme, et en avant sur le sternum et les cartilages des quatrième, cinquième et sixième côtes; à droite, elle était en rapport avec le sternum, et en arrière, avec l'œsophage. L'aorte a conservé son calibre ordinaire, elle offre un assez grand nombre de plaques osseuses et cartilagineuses; à un pouce de sa naissance et à droite, elle présente une ouverture de deux pouces de diamètre, donnant entrée dans une vaste poche anévrysmale, dont les deux tiers supérieurs sont remplis de caillots de consistance variable; le tiers inférieur est occupé par un grand nombre de couches fibreuses anciennes et récentes. Les vases sont très-denses et blan-

châtres, tandis que les autres sont plus molles et d'un rouge foncé; ces couches d'aspect différent sont alternativement superposées, de sorte qu'après une coupe perpendiculaire leur ensemble forme une surface comme marbrée. Tout l'intérieur des parois du sac est tapissé par des caillots à des degrés variés d'organisation.

9. M. *Lebert* présente un foie rempli d'abcès métastatiques pris sur un homme qui avait subi l'amputation du bras, à la suite de fractures comminutives des deux os de l'avant-bras et de l'humérus compliquées de plaies. Le moignon était desséché et la veine oblitérée. L'extrémité de l'os présentait un peu de pus dans le canal médullaire. Le pus des abcès est encore à l'état d'infiltration, il est jaune verdâtre. Tous les autres organes étaient sains. M. *Cruveilhier* pose la question suivante : Pourrait-on déterminer si l'hépatite est consécutive à l'amputation ou aux fractures? M. *Chassaignac* fait observer que les abcès sont peu avancés dans leur développement, qu'ils ne sont pas encore ramollis et qu'ils ont probablement été la suite de l'amputation beaucoup plus récente que les fractures. M. *Lebert* ajoute que les fragments étaient sains dans le membre amputé.

10. M. *Després* donne quelques détails sur la réduction d'une luxation du fémur obtenue par le procédé qu'il a déjà fait connaître à la Société, il y a un an.

Il s'agissait d'un malade qui, reçu à l'hôpital Saint-Louis, fut soumis à trois reprises différentes à des efforts de réduction considérables. Pour affaiblir la résistance musculaire on avait administré de fortes doses d'opéti-que. Des moyens puissants d'extension avaient été appliqués au-dessus du genou; la luxation avait résisté. Il a suffi à M. *Després* de fléchir la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, et d'imprimer à la cuisse des mouvements de rotation en dehors, de manière à dégager la tête du fémur, puis de porter la cuisse légèrement en bas et en dedans, pour réduire la luxation. M. *Després* doit donner une note plus détaillée.

11. M. *Husson* fait voir l'utérus d'une femme accouchée seule de deux jumeaux, au bout de six mois et demi de gestation. Il tient de l'accoucheur qui a procédé à la délivrance, que le premier placenta est sorti sans difficulté, mais que le second a exigé l'introduction de la main. Cette introduction a été facile, et le médecin a reconnu une cavité accidentelle dans laquelle le placenta était enclavé, et où il pouvait à peine faire pénétrer l'extrémité de deux doigts, dont il s'est servi comme d'une pince pour extraire une portion du délivre; une grande partie n'a pu être retirée. La femme, transportée à l'Hôtel-Dieu peu de temps après, a eu une hémorrhagie et a rendu beaucoup de caillots. Le quatrième jour, le reste du placenta a été expulsé naturellement; dix-huit heures après est survenu une péritonite intense à laquelle la malade a succombé, le neuvième jour après son entrée. A l'autopsie, on a trouvé du pus dans tous les replis du péritoine. La fin de l'intestin grêle était adhérente à la partie supérieure et droite du fond de l'utérus. En séparant ces deux organes, on a trouvé un foyer de matière sanieuse et fétide. L'intestin ne présente pas

de putréfaction, mais l'utérus offre une ouverture de dix lignes de diamètre, à bords irréguliers, ramollis et d'un gris noirâtre, faisant communiquer le foyer avec la cavité de l'organe. La portion droite de l'utérus est plus volumineuse et plus molle que la gauche. M. Cruveilhier et tous les membres présents voient là un ramollissement gangréneux de l'organe; la main ovarique droite avait le volume du petit doigt, et contenait une grande quantité de caillots présentant des points blancs gristres semblables à du pus; on n'en trouvait plus dans la veine cave inférieure. La face antérieure de la matrice adhérait à la vessie, la postérieure était libre.

20. M. Barthès présente un cancer du corps de la matrice avec adhérences, vers le bas-fond de la vessie avec la partie gauche du corps de la matrice; et d'un côté partie de l'S iliaque et du rectum avec le bord supérieur de même organe.

Ces adhérences circonscrivaient une vaste cavité ayant pour paroi antérieure l'utérus et une partie de la vessie et du vagin, pour paroi postérieure le rectum, et à gauche de lui du tissu cellulaire épaissi et dégénéré; une humide noire et fétide, composée de matières fécales liquides et de détritus cancéreux était contenue dans cette cavité, dont les parois offraient une multitude de saillies irrégulières, et avec laquelle communiquent la vessie, le rectum et le colon; la vessie, par un trajet sinueux et étroit situé dans son bas-fond, le rectum par une perforation de six lignes de diamètre, et le colon par une perforation beaucoup plus petite.

La partie supérieure de l'utérus était saine, à l'exception d'une partie de l'épaisseur de ses parois, où existait une adhérence avec l'intestin et la vessie. La cavité offrait des traces d'altération cancéreuse depuis la partie moyenne jusqu'à l'orifice du col, traces devenant moins profondes à mesure qu'on approche du col, plus prononcées à la paroi postérieure qu'à l'antérieure, mais intéressant partout l'épaisseur de ces parois. Le bas-fond de la vessie était rouge et épais.

M. Mirambieu présente une masse contenant un grand nombre d'hydatides; cette masse a été rendue par le vagin. La femme qui a été soumise à l'observation de M. Mirambieu est âgée de 28 ans. Elle fut d'abord enceinte une première fois et n'accoucha qu'au bout de onze mois de grossesse. Cinq ou six mois après l'accouchement, elle éprouva du malaise, les règles se supprimèrent et restèrent trois mois sans réparaître; une perté considérable succéda à cette suppression pendant sept à huit jours; à cette époque, des douleurs vives s'y joignirent; elles étaient plus violentes la nuit. Pendant quelques jours ces symptômes se calmèrent, mais bientôt les douleurs se réveillèrent, une hémorrhagie nouvelle très-considerable survint, et cette fois quelques hydatides furent expulsées. M. Mirambieu put introduire trois doigts dans le col utérin, et il amena au dehors une grande quantité d'hydatides en grappe, entraînant après elles une masse qu'il regarda comme un placenta. D'une part, elle présente une surface un peu rugueuse, légèrement convexe, par laquelle elle adhérait sans doute à

la surface interne de l'utérus; de l'autre elle offre une demi-cavité lisse sur les parois de laquelle on voit se dessiner des vaisseaux, et qui contenait quelques caillots: c'est sans doute là que se produisaient les pertes utérines. M. Craswellier rapporte qu'il a eu occasion de voir une masse d'hydatides tout-à-fait semblables, mais au milieu de laquelle existait un fœtus. M. Mirambeau n'a trouvé aucune trace de fœtus; il a néanmoins remarqué chez le sujet de son observation, deux jours après l'expulsion des hydatides, tous les symptômes de la fièvre de lait, tels que légers frissons, suivi de chaleur, gonflement des seins, etc.

Ont échangé leur titre de membre adjoint contre celui de membre titulaire: MM. Didet et Maillet, le 16 mars; M. Nivet, le 25.

Ont été nommés membres adjoints: MM. Perrochault et Debrou, le 17 février; M. Bortet, le 24; MM. Tonnelier et Bœvedet, le 2 mars.

M. Lapre, docteur-médecin à Montigny-le-Roi (département de la Haute-Marne), a échangé son titre de membre adjoint contre celui de correspondant, dans la séance du 16 mars.

Anévrisme du tronc brachio-céphalique. Ligature de l'artère axillaire d'après la méthode de Brasdor. Mort par suffocation un mois après l'opération. — Observation recueillie par M. BOINET, interne des hôpitaux.

Cléry, âgé de cinquante-sept ans, fondeur de suif, entra à l'hôpital Necker dans les derniers jours de mai 1834, se plaignant d'une grande oppression de quintes de toux, de palpitation, de difficulté de cracher et de respirer, et d'attoufflements passagers. Dirigé, d'après ces renseignements, sur une salle de médecine, on reconnut que ce malade portait un anévrisme dont on crut reconnaître le siège dans la sous-clavière droite. Pendant les deux ou trois jours qu'il passa dans le service de médecine, il fut pris d'un violent accès de suffocation qui céda promptement à une petite saignée et à l'administration de deux grains de kermès.

Le 8 juin, jour de son entrée dans le service de chirurgie.

güe, sallié Saint-Jacques, n° 1, il présenta l'état suivant : Le malade est d'une petite stature ; d'un tempérament nerveux-sanguin ; d'une constitution assez bonne ; maigre , n'ayant jamais été malade ; dans son lit, il prend la position assise, le tronc et les bras portés en avant et la tête fléchie sur la poitrine ; c'est la seule position qu'il puisse garder. La respiration paraît gênée ; l'expiration est sifflante et la voix voilée. On remarque dans la région sus-claviculaire du côté droit une saillie très-prononcée qui s'étend depuis le niveau du cartilage thyroïde, jusqu'auprès du bord supérieur de la sixième côte, et dans le sens transversal, depuis environ la partie moyenne de la clavicule qui est désarticulée dans son articulation sternale, jusque sous la partie supérieure du sternum qui forme en ce point une voussure remarquable ; sur cette tumeur ainsi que dans tous ses environs on voit des veines superficielles très-dilatées ; la trachée fortement comprimée par la tumeur est refoulée à gauche ; et répond à l'articulation sterno-claviculaire de ce côté. La tumeur présente des battements isochrones à ceux du poulx, n'offre point de chaleur, et sauf les dilatations veineuses déjà indiquées, point de changement de couleur à la peau ; les battements de la carotide sont plus faibles à droite qu'à gauche ; il n'y a pas de céphalalgie, le poulx radial est égal des deux côtés.

Il y a environ quinze ans, le malade fut frappé par le timon d'une voiture dans la partie supérieure et droite de la poitrine ; l'accident ne fut suivi d'aucune suite fâcheuse immédiate, et n'empêcha pas cet homme de vaquer à ses travaux. Les renseignements obtenus du malade lui-même, apprennent qu'il s'est souvent livré à des excès dans l'usage des spiritueux.

Il y a cinq années qu'il fut pris d'étouffements légers accompagnés de palpitations ; il était obligé de s'arrêter souvent dans son travail ; la difficulté de respirer, la gêne de la déglutition, les étouffements allaient en s'accroissant.

C'est déjà depuis quelques années que le malade a remarqué la tumeur qu'il porte. Depuis long-temps il ne peut prendre d'autre position que celle qui a été indiquée; la respiration est très-gênée; la toux très-fréquente et revenant par quintes pendant lesquelles le sang se porte à la tête, le malade devient violet et perd connaissance; déglutition difficile et pénible, ramenant les quintes de toux; constipation habituelle; insomnie qui n'est entrecoupée que de très-courts instants d'assoupissement; dans les deux côtés de la poitrine, excepté au niveau du cœur, et à la partie supérieure percussion fait entendre un son assez clair; le cœur fait entendre un bruit fort et tumultueux; ce bruit s'étend jusqu'à sous la clavicule du côté gauche. À droite, le son est mat, dans toute l'étendue de la tumeur, et l'oreille appliquée sur elle entend un bruit de souffle très-manifeste. En arrière, du côté gauche, l'auscultation est nette : à droite, on entend en haut, près de l'épine dorsale, un peu d'œgophonie. M. Laugier diagnostique un anévrysme de l'artère sous-clavière du côté droit pouvant envahir le tronc brachio-céphalique lui-même. M. Laugier s'étant décidé à traiter cet anévrysme par la ligature appliquée d'après la méthode de Brasdor, quelques jours furent employés à préparer le malade à l'opération : boissons pectorales, opiacées, etc.

Le 12 juin, l'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Le malade, presque assis sur son lit, la tête fléchie en avant (position indispensable au malade pour pouvoir respirer), le bras droit étant légèrement écarté du tronc, une incision de trois pouces est faite dans la direction de la clavicule et dans celle des faisceaux du grand pectoral; cette incision commence à deux travers de doigt en dehors de l'articulation sterno-claviculaire; une grosse veine sous-cutanée, préalablement liée en deux endroits, est coupée entre les ligatures. À l'aide d'une sonde et du doigt indica-

teur alternativement, M. Laugier sépare et déchire le tissu cellulaire situé dans l'interstice du grand pectoral et de son faisceau supérieur. Après vingt-cinq ou trente minutes de recherches pénibles et nécessitées par le malade qui avait besoin de respirer à chaque instant, on découvre l'artère axillaire, placée à plus d'un pouce de profondeur, on incise en travers le faisceau supérieur du grand pectoral dans deux ou trois endroits à une profondeur de quelques lignes, l'artère axillaire est mise plus facilement à découvert : pour bien s'en assurer, on la soulève avec la sonde canelée, on la comprime; aussitôt les battements cessent au poignet; avec une aiguille, le chirurgien passe un fil de soie double, s'assure denouveau si l'artère est bien saisie, ce qui est encore confirmé par la cessation du pouls dans l'artère radiale, et la ligature qui embrasse l'artère à une ou deux lignes du point où naît l'acromiale, est serrée; on réunit la plaie par première intention; les battements de la tumeur n'ont éprouvé, après la ligature, aucun changement. Le jour de l'opération le malade se trouve bien; le lendemain, 13 juin, le malade a moins toussé, n'a pas dormi; les battements de la tumeur sont moins forts qu'avant l'opération; le pouls est insensible au bras droit; il conserve sa chaleur accoutumée et est un peu plus chaud que le gauche; le malade se plaint de quelques douleurs dans la partie supérieure du bras : (compresse d'eau blanche.) La glace qu'on avait mise a incommodé le malade, on l'a enlevée une heure après son application : le pouls radial du côté gauche est légèrement accéléré. (Potion calmante.)

Le 14 juin, le malade a dormi quatre heures après avoir expectoré; sa respiration est sensiblement moins gênée; la tumeur est évidemment plus petite, elle a diminué d'un quart; on sent faiblement les battements de l'artère radiale dans le bras droit, qui a toujours un peu plus de chaleur que le gauche; toujours des douleurs dans les environs de la plaie et la partie supérieure du bras; les battements,

dans la tumeur ont diminué de moitié ; le malade demande des aliments. (Deux potages blancs avec adjonction de pain, gr. iv. Compresses d'eau blanche.)

Le 17, la suppuration est établie ; du pus s'écoule sur la poitrine ; une légère hémorrhagie a eu lieu entre les lèvres de la plaie, le matin, à quatre heures ; elle a duré une heure environ ; à la levée de l'appareil, on trouve, sous les compresses, la ligature de la veine sous-cutanée qu'on avait liée ; les bords de la plaie, légèrement enflammés, sont très-rapprochés, agglutinés ; le fond est grisâtre très-superficiel ; ce qui fait présager une cicatrisation prochaine ; l'état général du malade s'est amélioré. Le sommeil revient plus fréquemment et est plus prolongé ; la tumeur, qui a diminué d'un tiers de son volume, ne présente plus au toucher que des pulsations légères ; les veines sous-cutanées sont moins variqueuses, moins développées, la trachée-artère se rapproche de la ligne médiane et reprend sa position naturelle ; la toux est moins fréquente ; plus de sifflement pendant l'expiration ; l'expectoration est plus facile ; le malade mange un peu. (Même prescription.)

Le 18, il y a un nouveau suintement de sang, tout l'appareil est imbibé ; le malade ne se sent pas affaibli ; la déglutition de la soupe, qui provoquait la toux avant l'opération, a eu lieu plus facilement ; la clavicule paraît beaucoup moins saillante ; les battements sont bien diminués ; la chaleur des bras est la même, et l'artère radiale, du côté droit, ne donne aucun battement.

Le 19 ; la veille, à six heures du soir, nouvelle hémorrhagie peu considérable ; elle a encore lieu le matin à cinq heures ; l'appareil, la chemise sont traversés ; le sang a coulé sur la poitrine ; un léger caillot recouvre la plaie ; son ablation ne produit point d'hémorrhagie ; la marche de ces hémorrhagies fait croire qu'elles sont entretenues par la veine dont la ligature est tombée ; le malade ne se sent pas

affaibli; la tumeur présente des battements de moins en moins forts, et l'oppression diminue tous les jours.

Le 20, hémorrhagie moins considérable; état généralement meilleur; on exerce une légère compression sur la tumeur, au moyen de compresses et de bandelettes agglutinatives: le bras conserve sa chaleur; point de battements dans l'artère radiale, ceux que l'on sent entre la clavicule et la première côte sont bien diminués; la tumeur s'efface de plus en plus, et l'extrémité sternale se rapproche de son articulation. Le malade dort quelques heures chaque nuit.

Le 27, l'hémorrhagie n'a pas reparu. Le malade se trouve moins bien, il n'a pas dormi la nuit; il a ressenti des douleurs assez vives dans l'épaule et la région scapulaire et se plaint d'engourdissement dans le bras; la plaie laisse écouler du pus; en essayant de comprimer l'artère carotide droite qui ne donne pas de battements, on provoque la syncope deux fois de suite: on continue la compression de la tumeur et les moyens indiqués ci-dessus. Ce malade rejette difficilement les crachats amassés dans les bronches; il tousse moins; pour mieux dormir la nuit, il s'abstient de prendre des aliments le soir.

Le 1^{er} juillet, les douleurs continuent dans la région dorso-scapulaire; les battements de la tumeur diminuent de plus en plus: le malade conserve sa position; la tête penchée sur la poitrine, il ne peut se coucher sur le dos sans éprouver beaucoup de douleurs, de la difficulté à respirer, etc.; la ligature de l'artère n'est pas encore tombée et ne cède pas à quelques légères tractions: on continue la compression sur la tumeur.

Le 5, la nuit a été mauvaise; le malade a toussé et respiré plus difficilement. Dans le courant de la journée, par suite de non expectoration, il est pris subitement et violemment de suffocation; une saignée fait disparaître cet accident (potion calmante) qui se reproduit ensuite peu à peu et lentement; à force d'efforts, il parvient à rejeter les cra-

chats qui s'opposent au passage de l'air; il respire plus librement; il est mieux.

Le 6, à son réveil, douleurs dans la plaie; la ligature tient-toujours; les douleurs dans la région dorsale et scapulaire persistent; en comprimant sous l'aisselle, et aux environs de la plaie, on fait sortir une quillerée de pus; la toux est plus forte pendant la nuit et la respiration moins facile.

Le 7, il est mieux, les pulsations sont moins sensibles et la tumeur moins proéminente.

Le 8, il a dormi cinq heures.

Le 9, jusqu'au soir, où il a été pris de suffocation, il a été bien; après une petite saignée (3 v), qui coule lentement, il éprouve promptement du soulagement; il rend de nombreux crachats.

Le 10, le 11, la respiration, quoique toujours un peu gênée, se fait bien mieux: la ligature n'est pas encore tombée; il y a trente jours qu'elle a été placée; la plaie est presque entièrement cicatrisée; les battements sont de moins en moins sensibles; le bras conserve toujours autant de chaleur que celui du côté opposé; le pouls ne se fait pas encore sentir dans l'artère radiale; la tumeur est diminuée de moitié.

Le 12, à quatre heures du matin, il est pris de suffocation; il ne peut cracher, il meurt: une heure auparavant, appelé pour un autre malade, je m'approchai pour l'examiner; il était assoupi et semblait reposer.

Autopsie. — Sous la clavicule existe une saillie assez considérable; les veines superficielles environnantes sont dilatées et variqueuses; entre la première et la deuxième côte, dont les extrémités sternales sont détruites, on aperçoit une légère saillie; la peau qui recouvre la clavicule, le sternum dans son tiers supérieur et les trois premières côtes est fort amincie ainsi que les muscles. Après avoir incisé et renversé de bas en haut les parois abdominales et thoraciques, on voit la clavicule désarticulée d'avec le ster-

nant; ces os, le sternum dans son tiers supérieur; le chalcule dans son bout sternal, et les trois premières côtes; également dans l'endroit où elles sont jointes au sternum, sont chagrînées; usées, détruites; au-dessous de ces parties, et devant la colonne vertébrale, on remarque une tumeur anévrysmale considérable, qui s'étend dans tous les sens et comprime toutes les parties environnantes qu'elle a fortement écartées les unes des autres; son volume égale celui de la tête d'un enfant; une ulcération ovalaire, irrégulière dans sa circonférence, et comme pratiquée par un emporte-pièce, existe sous le sternum, qui est immédiatement en contact avec les lamelles du caillot; dans ce point, les enveloppes du sac sont tout-à-fait détruites; à droite, la tumeur comprime supérieurement le poulmon qu'elle a chassé du cul-de-sac qu'il occupe ordinairement sous la première côte; dans ce point, la plèvre, confondue avec les enveloppes du sac, présente des adhérences avec le poulmon; à gauche, l'artère carotide est comprimée par cette tumeur, ainsi que la trachée-artère, les bronches et l'œsophage; en arrière, par suite de la pression, les deuxième et troisième vertèbres dorsales sont dénudées, et en partie détruites; leur tissu est mou et facile à enlever avec le scalp, qui les pénètre plus facilement que les autres; les cartilages intervertébraux sont moins lésés et plus résistants; dans ce point, les enveloppes du sac n'existent pas non plus, en sorte que les caillots contenus dans la tumeur anévrysmale sont en rapport immédiat avec les vertèbres; des adhérences assez fortes et assez nombreuses existent, et empêchent toute communication avec l'intérieur des plèvres, le sang épanché restant dans cette nouvelle poche formée par les adhérences et le tissu cellulaire environnant.

L'œsophage et la trachée-artère considérablement déviés à gauche, adhérents à la tumeur, sont perforés et offrent des altérations importantes à noter.

Le premier de ces organes, dans l'endroit où il correspond

aux deuxième et troisième vertèbres malades que j'ai mentionnées plus haut, offre une perforation arrondie de la largeur d'une pièce de cinq sous; dans différents endroits de ce conduit, remarquable par son étroitesse, on voit des espèces de culs-de-sac analogues, par leur forme, à des paniers à pigeon.

Dans le larynx, au dessous des cordes vocales, se trouvent réunies des mucosités qui remplissent ce canal, ainsi que celui de la trachée-artère, dont la membrane interne est très-enflammée. On note dans plusieurs endroits des points rougeâtres, et de plus une petite perforation allongée, dont le fond est noirâtre, comme le corps des vertèbres auxquelles elle correspond; cette perforation se trouve au niveau de celle de l'œsophage. A un demi-pouce du cartilage cricoïde, la trachée-artère est fortement aplatie dans le reste de son étendue, et offre la forme d'un triangle dont l'angle aigu serait à sa partie postérieure, dans l'endroit où les cerceaux cartilagineux cessent et sont remplacés par une membrane fibreuse; la membrane muqueuse, à la fin de la trachée, a un aspect noirâtre, ardoisé, avec des points assez semblables à des follicules dilatées; des mucosités et des crachats épais sont arrêtés dans les bronches.

La tumeur anévrysmale est formée par le développement du tronc brachio-céphalique; on dirait qu'elle est entée sur la crosse de l'aorte; celle-ci a un volume double de celui qu'elle a ordinairement. Entre cette artère et la tumeur, il existe un rétrécissement très-marqué, correspondant à l'orifice du tronc innommé dans l'aorte.

Cet orifice a la largeur d'une pièce de six livres au moins, et malgré cette grandeur anormale, il y a rétrécissement comparativement à la dilatation des parties situées au dessus et au dessous, de façon que la poche anévrysmale forme avec l'aorte une espèce de hissac lié à son milieu. Cette tumeur, mesurée avec soin, donne une dimension verticale de cinq pouces six lignes; sa largeur est de six pouces, et dans

son plus grand diamètre, qui est oblique, six pouces cinq lignes; à sa partie moyenne, trois pouces cinq lignes d'épaisseur; dans les endroits où elle a rencontré moins de résistance, elle laisse apercevoir quelques saillies, comme entre les deuxième et troisième côtes, entre la clavicule et la colonne vertébrale : du côté gauche, vers l'artère carotide qu'elle comprime, les enveloppes du sac, dans les points où elles existent, sont épaisses et assez semblables aux membranes du fœtus, seulement elles sont plus épaisses et plus denses, mais également gélatineuses et très-extensibles : à leur surface interne, elles sont tapissées de couches lamelleuses qui occupent toute la cavité du sac, et ont une consistance caséiforme facile à détruire et une couleur gris cendré.

J'ai dit que le sac était entièrement rempli par la même matière, et qu'il n'avait pas au centre de grumeaux mous et d'autant moins solides que leur contact avec le sang est plus immédiat; la partie du caillot qui avoisine l'aorte, présente un enfoncement assez marqué, produit sans doute par le choc du sang qui venait frapper dans cet endroit : dans l'épaisseur de cette tumeur, il existe, à sa partie inférieure et postérieure seulement, un trajet sinueux, peu large, difficile à suivre, par lequel sans doute passait le sang de l'aorte, dans la carotide et la sous-clavière, avant leur oblitération.

Du côté droit. La carotide et la sous-clavière ont leur origine à la surface de la tumeur, de sorte que ces artères conservent, avec le tronc principal, les mêmes rapports d'origine qu'ils avaient auparavant. La carotide primitive, qui n'a pas été liée, est imperméable au sang dans toute son étendue, renferme un caillot mince et allongé; avant sa division en carotide interne et carotide externe, son diamètre est de six lignes un quart; à l'endroit de sa division, de huit lignes. La carotide interne a huit lignes de diamètre, et celui de la carotide externe, près l'origine de la thyroïdienne,

est de quatre lignes; les fils de la ligature ne sont pas encore tombés; les bouts des membranes, par suite de l'inflammation qu'a déterminée la ligature, sont réunis les uns aux autres et aux parties environnantes, et recouvrent la ligature retenue au milieu de toutes ces parties par le tissu de la membrane externe, qui n'est pas coupé, cette disposition nous rend parfaitement compte de la cause qui fait que certaines ligatures ne tombent pas après douze ou quinze jours, comme cela doit être et a lieu le plus ordinairement, mais après vingt-cinq ou trente jours et quelquefois davantage. Au-dessus de cette ligature, l'artère est oblitérée dans une étendue d'un pouce ou à peu près; à deux lignes au-dessous de la ligature, on voit l'orifice de l'artère acromiale; je note cette disposition parce qu'elle peut expliquer les hémorrhagies qui ont eu lieu dans le courant de la maladie.

Du côté gauche. La carotide primitive, un peu avant sa division, présente un diamètre de huit lignes; la carotide interne et l'externe, un diamètre de sept lignes chacune; la sous-clavière, avant l'origine de la mammaire interne et de la vertébrale, offre un diamètre de huit lignes trois quarts; la veine sous-clavière du côté gauche est tellement rétrécie, qu'on peut à peine y introduire un petit stylet.

L'aorte est considérablement dilatée depuis sa naissance jusqu'à sa crosse et au-delà; ses parois épaissies résistent sous le doigt, donnent la sensation et produisent le bruit d'un parchemin sec et très-épais; après l'avoir incisée sur la crosse, nous avons trouvé les membranes propres amincies et garnies de points ossifiés, mais pouvant être séparées les unes des autres en lames distinctes; au contraire, dans le tronc brachio-céphalique du côté du vaisseau opposé à la rupture, les membranes étaient entières, tapissées de points osseux, et ne présentaient pas de déchirure; du côté gauche, où est l'ouverture de la tumeur, les membranes sont confondues entre elles, déchirées, présentant des inégalités à l'endroit où elles forment la cloison entre le tronc brachio-

céphalique et le sac anévrysmal qui est enveloppé par la tunique externe celluleuse. L'aorte thoracique est tapissée de nombreuses plaques osseuses; toutes ces concrétions, séparées les unes des autres, sont faciles à enlever; leur grandeur varie; les plus grandes peuvent égaler une pièce de dix sous en largeur. Dans l'intérieur de la crosse, on voit à droite l'orifice du tronc innominé et à gauche les orifices des artères carotide et sous-clavière; le pourtour de l'embouchure de la carotide, qui est comprimé dans cet endroit par la masse de la tumeur, est garni de concrétions calcaires et bien plus étroit que celui de l'artère sous-clavière; une plume d'oie ordinaire y pénètre difficilement. La cavité de l'aorte contient un épais et large caillot fibrineux qui s'étend jusque dans le tronc innominé en haut, se trouve en contact avec le sang coagulé du sac anévrysmal, et en bas se prolonge dans l'artère aorte thoracique. Le cœur est médiocrement hypertrophié; les valvules sigmoïdes sont reconnues altérées par l'expérience suivante; elles laissent passer dans le cœur l'eau qu'on verse sur leur surface aortique, ce qui ne devrait pas avoir lieu si elles étaient dans l'état sain. Le péricarde est sain et sans épanchement; le poumon gauche est sain, légèrement œdémateux; le poumon droit, refoulé par la tumeur, ainsi que je l'ai dit ailleurs, est le siège d'un œdème considérable et est emphysemateux; le sang qui s'en écoule est en petite quantité et mêlé de beaucoup d'air; les lobes sont réunis entre eux par de fausses membranes peu fortes et qui paraissent récentes. Dans les artères pulmonaires des deux poumons, existent de nombreuses ossifications; le poumon droit, dans son lobe inférieur, est légèrement hépatisé; la veine et l'artère pulmonaires droites sont comprimées par la tumeur; les reins, le foie, sont sains; la rate est petite, ratatinée, très-friable; le doigt y pénètre avec la plus grande facilité; le liquide qui s'en écoule est semblable à de la lie de vin.

Le gros intestin, depuis le cœcum, est tellement rétréci

qu'il n'a pas le quart de son volume ordinaire; il est gros comme le doigt; l'estomac est petit.

Les os sont très-friables, les côtes surtout.

Le cerveau est humide; pénétré d'une grande quantité de sérosité qui s'écoule de toutes parts à l'ouverture du crâne; la substance cérébrale est comme macérée; les ventricules sont remplis également de liquide. La substance cérébrale présente une assez bonne consistance; les vaisseaux sanguins sont vides en général; les vaisseaux artériels sont vides de sang, et les vaisseaux veineux en contiennent très-peu.

Extrait du rapport de M. A. BÉRARD sur l'observation précédente.

L'examen attentif de la pièce pathologique auquel votre commission s'est livrée, lui a permis d'ajouter quelques notions importantes à celles mentionnées par M. Boinet dans son observation. Voici les particularités que nous avons observées. L'artère carotide primitive droite, imperméable au sang dans toute son étendue, renferme un caillot mince et allongé; elle s'implante sur le sac anévrysmal; sa tunique externe se continue avec celle du sac, son embouchure est fermée par le caillot qui la remplit et qui, là, se continue avec ceux que renferme la tumeur; les parois du tronc innominé paraissent réduites à la seule tunique externe dont la dilatation forme la limite de l'anévrysme, si ce n'est en arrière où les trois membranes artérielles se continuent de l'aorte vers l'artère sous-clavière. C'est sur cette partie qu'existe un canal de communication entre l'aorte et la sous-clavière.

La commission a regretté que l'altération de la pièce ne lui ait pas permis de constater quelles artères naissent de la sous-clavière entre la tumeur et la ligature; quatre troncs s'implantaient sur cette partie du vaisseau; l'un qui

nous a paru être la mammaire interne, était oblitéré à quelques pouces de son origine dans l'épaisseur des parois du sac, sur lesquelles il se perdait. La compression que ce sac avait exercée sur ce vaisseau était évidemment la cause de cette oblitération; les trois autres vaisseaux étaient coupés à un pouce ou deux de leur origine, ils étaient perméables dans toute leur étendue, et l'un d'eux, d'un calibre assez fort, nous a semblé être l'artère vertébrale.

Nous pouvons conclure de cet examen que la perméabilité et le volume des trois vaisseaux artériels placés entre la tumeur et la ligature, rendaient douteux le succès de cette opération, qui, d'après cette disposition, rentre dans la seconde catégorie établie par M. Bérard aîné (*Dict. de Méd.*, en 25 vol., art. *anévrisme*), des ligatures faites selon la méthode de Brásdor.

Les veines sous-clavières droite et gauche et le commencement de la cave supérieure avaient perdu de leur largeur, et se trouvaient fortement comprimées par le sac; la veine azygos, au contraire, était considérablement élargie; une valvule très-évidente occupait son intérieur au niveau du point où elle se recourbe sur le côté du rachis, disposition anatomique rare; la circulation dans les veines rachidiennes, augmentée en raison de l'obstacle que le cours du sang éprouvait dans les veines sous-clavières retrécies, nous rend compte de l'augmentation de volume de l'azygos.

Cancer de l'estomac avec perforation, péritonite, obstruction de la veine porte par de la matière encéphaloïde. Observation recueillie par M. J. PRESSAT, interne à la Pitié.

Boucher (Jean-Baptiste), âgé de cinquante-neuf ans, journalier, garçon, domicilié à Paris, entre le 6 novembre 1835 à l'hôpital de la Pitié.

Le malade assure ne souffrir que depuis l'année 1835,

jusque là il s'était toujours bien porté. Au mois de mars, après de violentes douleurs à l'épigastre, il vomit des matières couleur de café. Au mois d'octobre, les digestions devinrent difficiles, douloureuses. Après l'ingestion des aliments, pesanteur, gonflement de l'estomac, éructations, nausées sans vomissements; lassitude, faiblesse, perte de l'appétit; le malade ne peut continuer ses travaux.

A son entrée, maigreur extrême, face jaune terreuse, la langue est sèche, recouverte d'un enduit muqueux jaunâtre à la base. L'estomac, distendu par des gaz, sonore à la percussion, remonte jusque sous le sein gauche et se dessine très-bien à travers les parois abdominales, se séparant du colon par une ligne de démarcation très-sensible. Il existe de la matité à droite, on l'attribue à la présence du foie qui s'avance beaucoup sur la face antérieure de l'estomac.

Le ventre, peu douloureux à la pression, est légèrement météorisé et ne contient pas de liquide. Constipation depuis deux jours. Point de fièvre, pouls petit, filiforme. Les battements du cœur sont réguliers, la respiration pure. Il n'existe dans l'abdomen aucune tumeur appréciable, ni les jambes ni les bourses ne sont oedématisées.

Le 7, le ventre est plus météorisé : douleurs abdominales violentes que le malade attribue à la constipation. On pense que cet état peut dépendre d'un étranglement interne, et on ordonne une once d'huile de ricin avec une demi-once de sirop de nerprun.

Le 8, la purgation n'a déterminé qu'une seule selle peu abondante, les douleurs sont les mêmes : on ordonne deux pilules d'une goutte d'huile de croton.

Le 9, le malade a eu deux selles solides, il est un peu soulagé, le météorisme est le même.

Les jours suivants, décoction de chiendent avec deux gros d'acétate de potasse par pinte. Le malade s'en dégoûte, elle est trop acide et lui donne des rapports. L'appétit se conserve et les aliments passent bien.

Le 18, douleurs abdominales très-vives, pression douloureuse; vomissements de matières bilieuses. La langue est sèche, recouverte d'une croûte noirâtre, les dents sont fuligineuses, l'haleine fétide. La présence d'un liquide est constatée dans toute la portion inférieure de l'abdomen : le poulx est peu développé, la respiration facile.

Le 20, vomissements de matières jaunâtres comme la veille, peu de sensibilité à l'abdomen : la tisane n'est pas rejetée et semble prise avec plaisir. Il n'existe aucune réaction encéphalique, le malade est dans l'abattement; point d'œdème aux bourses, ni aux cuisses, ni aux jambes.

Le 21, prostration générale, sueurs froides, poulx à peine sensible donnant cent trente pulsations par minute. Mort le soir à neuf heures.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Maigreur et couleur jaune terreuse du cadavre : les parois abdominales incisées, laissent couler plus de deux litres d'un liquide sére-purulent tenant en suspension des débris de fausses membranes. L'épiploon est très-épais, point injecté : le mésentère, d'apparence grasseuse, semble composé de plusieurs fausses membranes réunies. Sous le feuillet péritonéal, dans le tissu cellulaire sous-jacent des intestins et des parois, existe un grand nombre de granulations rapprochées, saillantes, sensibles au toucher, d'un blanc jaunâtre et du volume d'un grain de millet. (Péritonite granuleuse.)

Dans toute son étendue, l'intestin grêle est gonflé par des gaz; à l'intérieur, il est enduit de mucosités visqueuses qui, plus abondantes vers le duodénum, y prennent une teinte grise ardoisée. Au-dessous, la membrane muqueuse n'est point ramollie. Il n'existe ni follicules développés, ni plaques, ni rougeur, ni ulcération.

Le gros intestin, distendu aussi par des gaz, contient une grande quantité de matières fécales bien moulées et ne présente aucune altération.

L'estomac adhère intimement à la face correspondante du foie; il est volumineux, distendu par des gaz, épais, dur, bosselé vers la région pylorique; partout la tunique péritonéale épaissie se sépare facilement de la tunique musculaire. A la petite courbure vers le pylore, existent plusieurs perforations qui viennent s'ouvrir dans l'arrière-cavité des épiploons, où elles sont entourées de pus et de fausses membranes.

Incisé le long de sa grande courbure, l'estomac contient dans son intérieur, une grande quantité de mucosités grises noirâtres, non adhérentes et s'levant facilement par le lavage. Le petit cul-de-sac, la petite courbure et une grande partie des deux faces sont envahis par une altération squirrheuse en forme de cupule, de cinq ponce de diamètre et de quatre à cinq lignes d'épaisseur. Cette dégénération morbide présente une surface d'un blanc sale, inégale, mamelonnée, avec des ulcérations plus ou moins profondes dont quelques-unes se terminent par des perforations; elle est lardacée, demi-transparente, gélatiniforme et de consistance variable: elle est circonscrite par des bords saillants, relevés, au-delà desquels l'estomac présente ses caractères ordinaires.

La membrane muqueuse, amincie dans le grand cul-de-sac, diminue de consistance, et tombe en putrilage à mesure qu'on s'approche des bords relevés de l'ulcération sur lesquels elle cesse entièrement.

Les parois de l'estomac n'augmentent d'épaisseur que vers les points occupés par le cancer, et présentent la disposition suivante: la première couche du tissu squirrheux est formée par le tissu sous-muqueux hypertrophié; la deuxième est la tunique musculuse épaissie qui peut être suivie quelque temps isolée, et va se perdre dans la masse cancéreuse; la troisième couche est constituée par le tissu cellulaire sous-péritoneal dégénéré; de telle sorte que le cancer semble s'être développé à la fois aux dépens du

tissu cellulaire sous-muqueux et sous-péritonéal, séparés l'un de l'autre, à la circonférence, seulement par la couche musculaire hypertrophiée, tandis qu'au centre, ces trois tissus se confondent en une seule masse homogène dans laquelle on ne peut distinguer aucun des éléments qui la composent.

L'orifice pylorique est libre, la valvule semble même épargnée, sa membrane muqueuse est intacte, mais au-dessous le tissu sous-muqueux a subi la dégénérescence squirrheuse.

Le foie est recouvert sur ses deux faces de fausses membranes très-épaisses qui s'enlèvent par lambeaux; la portion gauche de sa circonférence qui avance sur l'estomac adhère à cet organe par un tissu squirrheux épais de deux à trois lignes, développé dans le tissu cellulaire, et qui à l'extérieur présente une sorte de tubercule mamelonné, dur au toucher, blanchâtre, et d'en pouce de diamètre; à l'intérieur il répond à la désorganisation de l'estomac.

Le foie est très-ramolli, presque réduit en bouillie en certains endroits; ses membranes d'enveloppe s'en séparent avec facilité, sa couleur est grise-jaunâtre,

Le sillon transversal est occupé par une tumeur oblongue de deux pouces environ, blanche, rénitente, grosse comme deux doigts; c'est la veine-porte considérablement dilatée; dans son intérieur existe une masse blanchâtre, violacée en quelques points, grumeleuse, gélatiniforme, de matière encéphaloïde, colloïde, semblable à celle contenue dans l'estomac. Cette matière occupe toute la longueur du tronc de la veine-porte et la remplit exactement. Il ne m'a pas été possible de bien discerner les moyens d'union qui existaient entre cette matière et la membrane interne de la veine. Dans quelques endroits, la matière encéphaloïde soulevée semblait emporter avec elle la tunique interne, et cependant au-dessous il existait une

surface lisse, tapissée comme par une membrane séreuse qu'on pouvait détacher des tissus sous-jacents. Cette matière, parfaitement circonscrite, commence à la naissance de la veine-porte sans aucune irradiation dans les veines splénique et mésentérique : elle se présente sous une forme arrondie, recouverte d'une pellicule jaunâtre, en quelques points rouge lie de vin, à l'intérieur gélatiniforme, caséeuse, se continuant sans interruption jusqu'aux divisions de la veine-porte dans le foie, dans lequel elle pénètre jusqu'à la profondeur d'un pouce environ, et cesse brusquement comme elle avait commencé. Les tuniques de la veine-porte sont légèrement épaissies, elles crient sous le scalpel ; au-dessous de la matière encéphaloïde, la membrane interne paraît lisse, sans rougeur ni ramollissement. Les ramifications dans le foie ne présentent aucun état morbide.

Les veines splénique et mésentérique sont vides, point dilatées ; leur membrane interne est d'une couleur violacée. La veine-cave ne présente à l'intérieur aucune altération. Il n'existe dans le foie aucun foyer purulent.

Rien d'appréciable dans la rate et l'appareil génito-urinaire.

Les poumons sont légers, crépitants, sans engouement ni foyers purulents.

Un peu de sérosité dans le péricarde ; le cœur assez volumineux et d'une grande flaccidité, présente à l'extérieur et à sa face antérieure une pellicule blanchâtre de la largeur d'une pièce de trente sous. Ses cavités sont pleines de caillots noirs. Le tissu est évidemment ramolli sans altération de la membrane interne des ventricules et des oreillettes.

Réflexions. Dans cette observation, trois faits importants se présentent : le cancer de l'estomac, la péritonite, l'obstruction de la veine-porte.

Le cancer de l'estomac arrive à sa dernière période de désorganisation sans avoir pu être diagnostiqué : le météorisme, le foie ont masqué la tumeur qui existait dans l'hy-

pocondre droit; il n'y a point eu de vomissements des matières alimentaires.

La péritonite ne s'annonce par aucun des phénomènes aigus qui l'accompagnent pour ainsi dire nécessairement dans ces cas de perforation. Elle marche sourdement, l'épanchement de liquide se fait dans l'abdomen; le malade meurt qu'on est encore loin de soupçonner une péritonite aiguë et la cause qui lui a donné lieu.

Enfin, l'obstruction de la veine-porte, obstruction telle que la circulation était entièrement interceptée.

Si cette matière eût été de formation ancienne, n'aurait-elle pas donné lieu aux symptômes qui accompagnent les obstacles à la circulation? Cependant, chez ce malade, le ventre est distendu par des gaz, la fluctuation ne devient apparente que quelques jours avant la mort; il n'y a d'œdème ni aux bourses ni aux jambes.

Si elle est récente, ses symptômes ont pu être masqués par la gravité des complications.

Dans l'un et l'autre cas, sa formation n'est pas moins difficile à expliquer: en excluant l'absorption en nature et la phlébite partielle qui offre peu de probabilités, il se présente la dégénérescence d'un caillot sanguin en matière encéphaloïde par une sorte de sympathie avec l'altération stomacale.

Calculs développés dans l'urèthre; uréthrotomie; guérison.

Note présentée par M. FLEURY, interne des hôpitaux.

Louis Bergeot, âgé de quinze ans, vient à l'Hôtel-Dieu le 25 novembre 1854, pour faire extraire un calcul qui se présentait au méat urinaire. On le saisit avec des pinces et on l'attira en dehors. Un second se présenta quelques heures après, son extraction se fit de la même manière. En introduisant une sonde dans la vessie, on sentit au-devant de la portion membraneuse du canal une poche dans la

qu'elle s'engageait le bec de l'instrument ; l'on présuma que c'était dans son intérieur que s'étaient développés et accrus les calculs que le malade rendait maintenant.

Le petit malade entra à l'Hôtel-Dieu le même jour ; il éprouvait, dit-il, depuis l'âge de dix ans de la difficulté à uriner, des douleurs dans la verge ; jamais il n'en a ressenti dans les reins ; il n'y a jamais eu de sang dans ses urines ; c'est le 25 novembre seulement que l'émission de l'urine a été, tout-à-coup, complètement impossible, et, dès ce jour même, se sont fait sentir de violentes douleurs de tête qui s'exaspéraient au moindre effort qu'il faisait pour uriner.

Le 27 novembre (deux jours après son entrée), l'enfant dit sentir un nouveau calcul ; une sonde est introduite dans l'urèthre, et le rencontra au niveau du cul-de-sac dans lequel il est logé ; on le saisit avec une pince de Hunter, mais il est impossible de le retirer ; l'instrument est lui-même tellement serré par les parois du canal qu'on n'a pu l'amener à l'extérieur qu'en retirant séparément chacune des branches dont il est formé (cet instrument avait été construit pour extraire un corps étranger du conduit auditif, il était formé de deux branches articulées l'une avec l'autre à la manière d'un forceps) ; on cherche ensuite à saisir la pierre avec une pince à trois branches armée d'un foret ; mais on ne peut réussir. Dans la journée du 30, la céphalalgie que l'enfant éprouvait toutes les fois qu'il voulait uriner fut si violente, qu'il ne voulut plus faire aucun effort pour satisfaire ce besoin ; il fut dès lors nécessaire de le sonder. Le lendemain, on chercha de nouveau à saisir le calcul avec l'instrument lithotriteur ; on y parvint avec assez de facilité ; mais soit que le calcul fût trop dur, soit que le foret fût trop mince, on ne put parvenir à le briser ; on chercha alors à l'attirer à l'extérieur, mais on ne put parvenir qu'à l'amener dans la portion du canal qui se trouve située au-devant des bourses, il resta fixé dans ce point, il fut aussi impossible de dégager le lithotriteur. On fut alors

forcé d'inciser l'urèthre, de faire sortir, à travers l'ouverture, l'instrument et le calcul, et de le dégager ainsi; l'opération fut courte et facile; la plaie se cicatrisa assez rapidement; l'enfant sortit de l'hôpital seize jours après, parfaitement guéri et n'éprouvant pas la plus légère céphalalgie.

Les deux premiers calculs ont la forme d'une pyramide triangulaire aplatie sur deux de ses faces dont les trois bords sont égaux; chacun d'eux a trois lignes de longueur à peu près; ces bords sont terminés par des angles mous, comme mamelonnés; leur couleur est d'un gris jaunâtre, leur dureté très-prononcée; leur intérieur est formé par des couches concentriques; celles qui occupent le centre ont une coloration plus foncée que celles qui sont à la circonférence. L'analyse qui a été faite par M. Soubeiran a montré que le calcul était formé de phosphate de chaux. La forme du troisième est plus difficile à déterminer, il se rapproche d'un cône assez irrégulier, renflé à sa partie moyenne, et offrant une rangée circulaire de petits mamelons sur ce renflement; sa couleur, sa texture et sa composition chimiques sont la même que celles des précédents.

Organisation anormale du cœur, oblitération de l'artère pulmonaire à sa naissance, absence du canal artériel. — Observation recueillie par M. LEDIBERDER, interne à l'hospice des Enfants-Trouvés.

Un enfant du sexe masculin, âgé de douze jours, d'une constitution faible, fut apporté à l'infirmerie pour y être traité d'un endurcissement intense du tissu cellulaire: la peau est froide, tendue, d'un rouge violacé; la pression du doigt y détermine une légère excavation qui s'efface assez promptement; les articulations sont raides.

La poitrine résonne bien en avant; en arrière, matité incomplète plus prononcée à droite.

Les battements du cœur ne présentent rien de remarquable.

Le pouls ne peut être perçu aux membres indurés.

Les moyens employés n'entravent pas la marche de la maladie ; mort le troisième jour après l'entrée.

Autopsie. Les poumons sont hépatisés ; le droit dans la moitié postérieure de son étendue, le gauche dans le quart seulement, à un moindre degré.

Le péricarde ouvert, le cœur présente au premier aspect une largeur plus grande qu'à l'ordinaire, remarquable surtout à la pointe, qui, au lieu d'être conique, est un peu arrondie. La partie ventriculaire offre un pouce une ligne de hauteur, et le plus grand diamètre de sa base un pouce deux lignes ; les ventricules, de même capacité, offrent des parois d'égale épaisseur ; la cloison interventriculaire manque supérieurement, ou elle se termine par un bord moussé concave ; de sorte que les ventricules ne font plus, dans le quart supérieur de leur hauteur, qu'une seule cavité du milieu de laquelle s'élève l'aorte garnie de ses valvules, d'un volume plus considérable qu'à l'ordinaire, et se divisant comme dans l'état normal. En avant de ce tronc vasculaire, et un peu à droite, on voit accolée à lui l'artère pulmonaire d'un calibre moitié moindre environ que le sien, se terminant inférieurement par un cul-de-sac, de sorte qu'elle ne communique point avec le ventricule droit, qui dans ce point n'offre aucune trace d'ouverture. A huit lignes de hauteur, cette artère fournit ses branches aux poumons, et présente, une ligne plus haut, un véritable trou qui communique directement avec l'aorte, et remplace le canal artériel ; ce trou, plus large du côté de l'aorte que du côté de l'artère pulmonaire, offre à peu près une ligne de diamètre, en arrière de l'aorte, on voit adossée à elle la cloison des oreillettes qui présente le trou de Botal, dont la valvule peut facilement intercepter le passage du sang ; la circulation devait donc se faire ainsi : le sang arrivait de l'une et

de l'autre oreillette dans les ventricules qui le lançaient dans l'aorte; là, une partie suivait les divisions de cette artère, l'autre passait dans l'artère pulmonaire par le trou que nous avons vu remplacer le canal artériel, et de là se rendrait aux poumons par les branches pulmonaires.

Apoplexie capillaire et ramollissement d'une partie des lobes moyen et postérieur du côté droit du cerveau; méningite à droite; hémiplegie gauche; mouvements convulsifs à droite. Observation recueillie par M. NIVET, interne à l'hôpital Beaujon.

(Lue dans la séance du 21 mai 1835.)

Le 1^{er} mai 1835 est entrée à l'hôpital Beaujon la nommée Marie Cibre, âgée de vingt-deux ans, domestique aux Bati-gnolles.

Le frère de cette jeune fille raconte qu'il y a environ trois mois, la vue d'un homme qui s'était pendu l'effraya tellement que ses règles se supprimèrent, et qu'elle fut prise de céphalalgie, de nausées et d'ictère. Depuis cette époque elle était continuellement poursuivie par des idées tristes et des rêves effrayants.

L'ictère ne tarda pas à se dissiper, mais la céphalalgie persista; rien ne pouvait la distraire des idées lugubres qui l'assiégeaient continuellement. Le 27 avril, des douleurs très-vives l'engagèrent à faire arracher une dent molaire cariée à la mâchoire supérieure du côté droit. Cette opération fut suivie d'efforts de vomissements, de perte de connaissance; on transporta cette malade chez elle. Peu de temps après, elle revint à elle, mais elle était très-faible, et en proie à des douleurs de tête très-violentes. Le 28 et le 29, la céphalalgie persistait; cette jeune fille était comme engourdie, et ne répondait que difficilement aux questions qu'on lui faisait. Le 30, elle fut prise d'étourdissements; la céphalalgie devint plus vive; des vomissements se déclarèrent dans la journée; la malade se plaignait d'éprouver des tiraillements dans la joue gauche.

Les vomissements s'étant renouvelés le 1^{er} mai, et l'état de la malade devenant de plus en plus grave, on la transporta à l'hôpital Beaujon.

A son arrivée, elle reconnaît à peine son frère, et ne répond plus aux questions qu'on lui adresse que par des monosyllabes.

Transportée dans la salle, nous l'avons trouvée à une heure du soir dans l'état suivant :

Elle paraît d'une forte constitution ; les membres et le tronc sont volumineux, les formes arrondies ; la taille est peu élevée, le col court ; la face est fortement colorée.

Dans tout le côté gauche du corps, il y a paralysie complète de la myotilité ; la sensibilité n'est pas complètement abolie ; lorsqu'on pince le bras gauche, la malade écarte avec le membre du côté opposé la main qui la blesse.

La bouche est tournée du côté paralysé ; les mâchoires, fortement rapprochées par les muscles élévateurs, ne peuvent être écartées ; les paupières sont entr'ouvertes ; l'état des pupilles n'a pas été noté.

Les membres du côté droit sont le siège de mouvements convulsifs continuels ; la malade pousse des cris étouffés ; elle ne répond plus aux questions qu'on lui fait.

Le pouls est plein, large, fort, peu fréquent (80) ; aucun symptôme n'annonce qu'il y ait lésion des viscères thoraciques ou abdominaux. (Saignée de quatre palettes.)

Après la saignée, la paralysie des muscles du côté gauche a diminué ; la malade retire seulement son bras lorsqu'on le pince.

Les mouvements convulsifs du côté droit persistent ; vingt sangsues à la base du crâne ; cataplasmes sinapisés aux jambes ; lavement purgatif.

Mort à neuf heures du soir, peu de temps après la chute des sangsues.

Autopsie trente-cinq heures après la mort. Le poumon droit est un peu engoué à sa partie postérieure ; les cavités

droites du cœur sont remplies par du sang liquide mêlé de caillots fribrineux.

La matrice et le vagin renferment une quantité notable de matière analogue au blanc d'œuf.

La cavité utérine n'offre aucune altération remarquable; sa surface interne est pâle et n'est pas ramollie.

Les autres viscères thoraciques et abdominaux ne présentent rien d'anormal.

Cavité crânienne. Le sinus longitudinal supérieur contient un peu de sang liquide et un caillot allongé qui n'est pas adhérent; les autres sinus n'ont pas été ouverts. Les veines cérébrales renferment peu de sang; il faut en excepter cependant celles de la base du cerveau du côté droit, qui sont remplies par du sang noir coagulé.

La moitié gauche du cerveau n'offre aucune altération notable, non plus que la pie-mère du même côté, qui n'est ni rouge ni ramollie.

La partie des méninges qui recouvre les lobes moyen et postérieur du côté droit est injectée, rouge, ramollie, séparée dans plusieurs points de la substance cérébrale par de petits épanchements de sang.

Le lobe antérieur du cerveau est sain en avant; près de la scissure de Sylvius on rencontre, dans son épaisseur, un noyau rouge ramolli de l'épaisseur d'une noisette.

Toute la partie externe des lobes moyen et postérieur du cerveau est ramollie. Vers les limites de ce ramollissement, et superficiellement, on trouve de petits épanchements miliaires; l'un d'eux offre le volume d'un pois; au centre, la substance grise est transformée en une bouillie rouge, mêlée de caillots de sang; profondément, les parois de la moitié inférieure du ventricule latéral droit offrent l'altération décrite sous le nom de ramollissement blanc. On trouve, dans la partie externe du corps strié, un noyau rouge semblable à celui du lobe antérieur du cerveau.

Le lobe antérieur du cerveau est sain en avant; près de la scissure de Sylvius on rencontre, dans son épaisseur, un noyau rouge ramolli de l'épaisseur d'une noisette.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 9 (3^e SÉRIE) — (Mai 1836),

RÉDIGÉ

PAR MM. VALLEIX, MARROTTE, CAZALIS, DENONVILLIERS,
NIVET ET DIDAY.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Mars et d'Avril 1836.*

1. *Pieds-bots.* — 2. *Valvules sigmoïdes supplémentaires.* — 3. *Fausse articulation de la clavicule.* — 4. *Fracture ancienne du col du fémur.* — 5. *Déformation de la tête du fémur.* — 6. *Cristal trouvé dans l'humeur vitrée.* — 7. *Végétation dans le larynx.* — 8. *Végétations sur la valvule trikuspidale.* — *Nominations pendant le mois.*

1. M. Chassaignac fait voir deux pieds-bots qui lui ont été envoyés par M. Balme-Dugaray, et dont il a fait la dissection. La déviation est beaucoup plus considérable qu'elle ne l'est ordinairement ; elle est d'un demi-tour de circonférence, au lieu d'un quart. Il en résulte que la face inférieure du pied est un peu tournée en haut. La face externe du cuboïde était la principale partie qui appuyait sur le sol dans la station. La déviation du calcaneum et de l'astragale est peu notable. C'est dans l'articulation de la deuxième rangée du tarse avec la première, que se trouvent les plus grands changements de direction. Dans tous les points par lesquels le pied appuyait sur le sol, la compression a fait développer des bourses synoviales. Une articulation anormale s'est établie entre l'extrémité inférieure du péroné et le calcaneum ; c'est la seconde fois que M. Chassaignac trouve cette particularité. Les ligaments les plus tirillés sont ceux qui ont acquis la plus grande force. L'aponévrose plantaire est un peu raccourcie ; les muscles et les tendons sont tous déviés ; l'insertion du jambier antérieur au premier métarsien a lieu par un tendon très-fort ; il s'attache au premier cunéiforme par une languette très-faible. Le muscle abducteur du petit orteil est considérablement dévié ; le muscle pédieux est presque entièrement atrophie ; on n'en retrouve qu'un tendon peu distinct sur le pied gauche. Les portions des nerfs sur lesquelles s'élevait la com-

pression, présentent des renflements gangliformes comme cela a lieu ordinairement.

2. M. Guéneau de Muszy présente un cœur dans lequel existent, à l'orifice ventriculo-pulmonaire, quatre valvules sigmoïdes bien distinctes et présentant leur forme naturelle. On entendait, pendant la vie, un bruit de souffle qui remplaçait le premier bruit du cœur, et se prolongeait jusqu'au commencement du deuxième bruit. Le sujet de l'observation est mort d'une fièvre typhoïde.

3. M. Chassaignac met sous les yeux de la Société un cas de fausse articulation, par suite de fracture de la clavicule. Le fragment externe se trouve engagé au-dessous de l'interne, qui offre à sa face inférieure une gouttière profonde, dans laquelle on trouve l'insertion du muscle sous-clavier. La fausse articulation a lieu par deux points distincts; le fragment interne n'y aboutissant que par les deux extrémités des bords de la gouttière; le fond du canal n'est réuni au fragment externe que par un tissu fibreux. M. Denonvilliers rappelle qu'un fait semblable est consigné dans les procès-verbaux de la Société; la disposition anatomique était la même, seulement la consolidation avait eu lieu.

4. M. Nivet présente l'extrémité supérieure du fémur d'une femme âgée de quatre-vingt-trois ans et morte de péritonite, suite d'étranglement herniaire. Il existait, pendant la vie, un raccourcissement de onze lignes du membre inférieur. A l'autopsie, on a trouvé une absence complète du col du fémur. A la réunion de la tête et du corps, on voit à l'extérieur et à la partie interne, au niveau du petit trochanter, une saillie osseuse peu élevée, demi-circulaire; il semble que le col a été enfoncé dans le corps de l'os, et que la matière osseuse de celui-ci remonte vers la tête. A l'intérieur, il existe, dans les points correspondants, une lame de matière compacte d'une ligne d'épaisseur environ, qui sépare la tête du reste de l'os. La coupe perpendiculaire de cette lame, pratiquée suivant la longueur de l'os, se présente sous la forme d'un angle saillant du côté de la surface articulaire. Le ligament capsulaire s'insère au-delà du pourtour de cette lame, qui se trouve ainsi comprise dans la capsule. De forts ligaments fibreux, distincts du ligament capsulaire en dedans duquel ils sont placés, partent de la partie antérieure du bord cotyloïdien et vont directement à la base de la tête. Le ligament inter-articulaire est plus large et plus mou que dans l'état normal. La tête a conservé son cartilage d'insertion. Il y avait aplatissement de la hanche. La cuisse et la jambe n'étaient pas atrophiées. Voici les renseignements qu'avait fournis l'interrogatoire de la malade. Il y a vingt-trois ans, ayant fait une chute sur le grand trochanter, elle ne put pas se relever; elle fut obligée de garder le lit, pendant deux mois, et on ne lui fit aucun traitement. Elle resta ensuite trois ans à ne pouvoir marcher qu'à l'aide de béquilles. Depuis cette époque, elle a toujours boité; elle ne boitait pas avant l'accident. Se fondant sur ces circonstances et sur les lésions anatomiques, M. Nivet croit à

l'existence d'une ancienne fracture. Cette opinion n'est pas partagée par tous les membres.

5. M. Denonvilliers montre l'articulation coxo-fémorale, d'un sujet qui servait à ses démonstrations. S'étant aperçu qu'il existait une ankylose dans cette articulation, il la choisit pour faire la désarticulation du fémur. En incisant les ligaments, il les trouva plus consistants et plus difficiles à diviser qu'ils ne le sont ordinairement, ce qui était dû à leur cartilaginification et même à leur ossification dans certains points. La tête du fémur a augmenté de volume; elle est déformée et considérablement aplatie. Des nombreuses ossifications stalactiformes s'y font remarquer. La cavité cotyloïde a subi des changemens analogues.

6. M. Barthès fait voir un petit corps parfaitement cubique, ayant les caractères d'un véritable cristal, trouvé dans l'humour vitré. Il n'adhérait pas au cristallin. L'analyse n'en a point été faite.

7. M. Landouzy présente une végétation siégeant dans le larynx, au-devant du cartilage arythénoïde gauche. Elle est grosse comme un haricot, jaune et grenue. La maladie qui la présentait n'a été observée que dans les derniers jours d'une phthisie, de sorte qu'on ne peut pas savoir si la grande altération de la voix, qui a été remarquée, était due à la végétation ou à la maladie principale. M. Cruveilhier pense que la petite tumeur est due au développement morbide de la glande arythénoïde elle-même.

8. M. Pigné montre le cœur d'un sujet, mort par suite d'un ramollissement considérable du cerveau. On trouve, sur les diverses parties de la valvule tricuspidale, quatre végétations, dont la plus grosse a le volume d'un gros pois; elles sont rouges, molles, ont la forme des choux-fleurs, et adhèrent à la valvule par un pédicule étroit. Le ramollissement du cerveau siégeait dans le lobe antérieur de l'hémisphère droit. Il avait été causé par une tumeur encéphaloïde qui, implantée sur le bord postérieur de la petite aile du sphénoïde, se portait vers l'extrémité externe de la scissure de Sylvius, et là se logeait dans les circonvolutions cérébrales, considérablement écartées. Aucun symptôme n'avait fait connaître cette lésion pendant la vie.

M. Soulié-Moret a échangé son titre de membre titulaire comme celui de membre honoraire, dans la séance du 30 mars.

Ont été nommés membres-adjoints, MM. Imlin et Gueneau de Mussy, le 30 mars; M. Godéfroy, le 6 avril; MM. Pigné, Vigla et Jacquemier, le 15 avril.

Hémiplégie du côté droit datant de plus de cinq ans ; kyste apoplectique ancien occupant le corps strié du même côté ; énorme dilatation de la crosse de l'aorte ; observation recueillie par M. DIDAY, interne à l'Hôpital de la Vieillesse (femmes).

La nommée Varingott, âgée de cinquante-six ans, entrée depuis cinq ans à la Salpêtrière, pour une hémiplégie du côté droit, nous donna, sur l'invasion et la marche de cette affection, les détails suivants. Bien portante auparavant, elle éprouvait néanmoins de temps en temps des battements de cœur, et depuis la cessation de ses règles (à quarante ans), ses extrémités inférieures devenaient souvent le siège d'une infiltration passagère, mais elle n'était sujette ni à la céphalalgie ni aux fourmillements douloureux dans les membres. Il y a eu cinq ans au mois de novembre, étant assise au coin de son feu, elle perdit subitement et complètement connaissance. Malgré une saignée et quelques excitants externes, elle resta dans cet état pendant vingt-quatre heures, et lorsqu'elle revint à elle, le bras et la jambe droite avaient perdu toute faculté de se mouvoir ; la sensibilité restait intacte. Les mouvements revinrent par degrés, d'abord au poignet, puis au coude, enfin à l'épaule, où ils étaient le plus faibles. La malade avait aussi peu à peu et à la même époque recouvré la possibilité de marcher avec l'aide d'une canne, et en traînant la jambe ; mais depuis huit mois, une dyspnée revenant par intervalles, et s'accompagnant d'infiltration progressive des jambes, la força à garder le lit, d'où sa faiblesse ne lui permettait pas même de sortir pour satisfaire à ses besoins.

On l'apporta à l'infirmerie dans cet état. Nous constatâmes de nouveau l'hémiplégie sur le siège de laquelle ses renseignements détaillés et les signes extérieurs ne pouvaient laisser au cun doute. En effet, l'avant-bras droit était

demi-fléchi sur le bras, le poignet fléchi à l'excès sur l'avant-bras; le bras restait ordinairement dans l'inaction, ses mouvements spontanés étaient, comparativement à ceux de l'autre membre, faibles et très-peu étendus; si l'on cherchait à lui en imprimer, il fallait vaincre une certaine raideur qui n'existait pas du côté opposé. L'inaction déjà ancienne des deux membres inférieurs, et leur infiltration considérable, rendaient plus difficiles à obtenir et moins concluants les signes par lesquels on aurait voulu établir une différence entre eux; cependant si l'on priait la malade de fléchir l'un et l'autre membre alternativement, elle ne pouvait le faire, pour le côté droit, qu'incomplètement, avec beaucoup de peine, et en serrant de la main. La narine du côté droit était considérablement affaissée, la commissure des lèvres légèrement déviée à gauche, la langue sortait droite, l'articulation des sons était parfaitement libre, la déglutition facile. La malade avait alors toute son intelligence et ne se plaignait que d'inappétence et de constipation. Il y avait eu, les jours précédents, quelques vomissements bilieux auxquels elle n'était pas sujette; la langue était sèche, le ventre un peu sensible, la faiblesse très-grande. Malgré les symptômes d'une affection abdominale et le déperissement progressif, on était loin de s'attendre à une mort prochaine, lorsque le 26 août une dyspnée très-intense se manifesta et continua toute la nuit. Le 27 au matin elle avait augmenté, et la suffocation paraissait imminente; le pouls était faible et serré, la face pâle; la percussion n'ayant révélé aucune lésion, et l'auscultation faisant seulement entendre un râle trachéal bruyant, et dans quelques points les bulles d'un gros râle muqueux, le tissu pulmonaire fut jugé parfaitement sain, et d'après les palpitations anciennes et les fréquentes infiltrations des pieds, on regarda la dyspnée comme symptomatique d'une affection du cœur, quoique la respiration, excessivement bruyante, permit à peine d'entendre les battements de cet organe.

(infusion d'ipéca. 3j), dans une pinte d'eau édulcorée avec miel scillitique 5j; potion avec ipéca. gr. xxiv, sinapistmes). La respiration devint plus laborieuse et la mort eut lieu à cinq heures du soir.

Autopsie quarante heures après la mort. — Peu de sérosité dans les cavités intra et extra-arachnoïdiennes; membranes un peu adhérentes; substance grise solide, substance blanche peu injectée, ayant une consistance générale très forte. Dans l'hémisphère droit, toute la substance grise du corps strié, non-seulement celle qui proémine dans le ventricule, mais encore celle qui est en rapport avec le lobe moyen, ont complètement disparu ainsi que les radiations blanches antérieures. A leur place, existe une cavité dont les parois aplaties sont formées en dehors par la substance du lobe moyen recouverte dans ce point d'une pseudo-membrane résistante et jaunâtre qui va en s'épaississant du côté du ventricule. Là où elle sépare seule le kyste de la cavité ventriculaire, cette membrane est tenace, solide, rayonnée comme un tissu de cicatrice; le foyer ne dépasse pas les limites du corps strié. On trouve encore au fond d'une anfractuosité, à la partie postérieure de l'hémisphère du même côté, un très-petit foyer jaune séria de la grosseur de la tête d'une épingle, sans ramollissement au pourtour. L'hémisphère gauche soigneusement examiné ne présenta aucune lésion: on revint à deux reprises à cet examen, et aucune portion du cerveau, du cervelet, ou de la protubérance ne fut laissée sans être l'objet de l'exploration la plus minutieuse. La moelle était également saine, seulement nous croyons avoir remarqué une légère différence dans le volume des racines antérieures des nerfs correspondant aux dernières paires cervicales de chaque côté; celles du côté droit nous ont paru plus grêles. Pas d'épanchement pleurétique; les poumons sans adhérences, si ce n'est au sommet, sont volumineux, distendus et infiltrés par une grande quantité de sérosité claire et épaisse. Le cœur, occupant sa place or;

dinaire, était surmonté par une tumeur dont le volume égalait au moins le sien. Verticalement placée dans le médiastin antérieur, sur la partie moyenne de la colonne vertébrale, cette tumeur était presque exactement sphérique, et son axe se confondait avec la ligne médiane. Elle répondait par sa face antérieure, au sternum; par la postérieure, au milieu à la trachée artère aplatie; à gauche, à l'œsophage; à droite, à la veine cave supérieure. On reconnut qu'elle était constituée par l'aorte considérablement dilatée non-seulement en largeur, mais en hauteur, puisque la convexité de sa crosse remontait plus haut qu'à l'ordinaire. Sa cavité contenait une masse de caillots d'aspect différent, suivant leur position, mais ne présentant en aucun point d'apparence de vascularité. Les plus extérieurs, adjacents à la paroi artérielle, y étaient dans la plus grande partie faiblement adhérents, mais dans plusieurs autres points ils en étaient déjà détachés par le fait du ramollissement pultacé de leur couche externe. Au milieu de la masse de ces caillots fibrineux existait le canal de l'aorte ayant un diamètre à peu près normal; on les enleva alors, et l'on vit que le renflement sphérique de l'artère commençait brusquement à un pouce de l'origine de l'aorte et se terminait de même près de la fin de sa crosse. Celle-ci n'était pas dilatée uniformément, mais son côté gauche n'ayant acquis qu'une légère augmentation de longueur, le développement de ses parois s'était fait aux dépens surtout de ses parties antérieure, latérale droite et postérieure. La tunique externe seule persistait dans toute l'étendue de la tumeur, unie à l'œsophage, à la trachée, et à la veine cave supérieure par un tissu cellulaire dépourvu de graisse et un peu séreux. La tunique moyenne existant à l'origine de la tumeur et considérablement hypertrophiée, se terminait bientôt par un bord frangé; on pouvait néanmoins la suivre sur le côté gauche où sa continuité n'était pas interrompue, mais partout ailleurs elle n'existait plus et ne reparait qu'à la fin de la crosse

aortique où sa présence était de nouveau signalée par la même circonférence frangée, manquant cependant du côté gauche où elle n'avait subi, ainsi que nous l'avons indiqué, aucune solution de continuité; la tunique interne avait partout disparu. Le cœur avait son volume normal; à peine si l'on pouvait admettre une légère hypertrophie du ventricule gauche; les deux oreillettes communiquaient par le trou de Botal resté béant; les cavités contenaient peu de caillots sanguins. Les valvules aortiques n'offraient pas d'ossifications; l'aorte, au contraire, soit avant la tumeur, soit dans son trajet ultérieur, était parsemée de concrétions calcaires lamelleuses, larges pour la plupart, et qui, dans plusieurs points, avaient rompu la membrane interne et paraissaient à découvert dans sa cavité. La plus considérable de ces lames existait immédiatement au-dessous de la tumeur; celle-ci n'en offrait que quelques-unes. Rien n'était changé dans le mode d'insertion ni dans la structure des vaisseaux qui naissent de la crosse de l'aorte.

La colonne vertébrale présentait une courbure latérale à convexité regardant à gauche, dont le sommet répondait entre la troisième et la quatrième dorsale. Les vertèbres comprises dans cette courbure avaient éprouvé un mouvement de rotation, comme si leurs apophyses épineuses eussent été entraînées vers la concavité de la courbure; au-dessus et au-dessous de cette déviation principale, en existaient d'autres en sens inverse, mais moins marquées.

Nous ne pouvons, malgré la longueur de cette observation, omettre plusieurs réflexions qui en découlent; nous allons les indiquer seulement. On y trouve d'abord un nouvel exemple d'hémiplégie avec lésion dans l'hémisphère du même côté, et ce nouveau cas se rencontre à droite comme la plupart des autres. On ne peut ici nous opposer ni erreur de diagnostic, ni légèreté dans l'examen; en supposant que la malade nous ait trompé, nous aurions encore à invoquer les signes physiques de l'hémiplégie que nous

retrouvâmes après la mort aussi sensibles que pendant la vie. La lésion du cerveau fut de même bien constatée.

Nous avons décrit l'anévrysme ou dilatation de l'aorte ; ne pourrait-on expliquer le mécanisme de sa formation, en partant de cette loi générale que toute cause de dépolissement de la surface interne des vaisseaux devient un obstacle à la circulation, et provoque la formation et la déposition d'un caillot dans le point dépoli ?

L'existence de la déviation latérale de la colonne vertébrale à la même hauteur, mais en sens précisément inverse de celle qui se rencontre ordinairement, doit-elle être expliquée par la présence de la tumeur anévrysmale ? je ne le pense pas ; car 1° cette tumeur était située sur le milieu et non pas sur les côtés de la colonne ; 2° la courbure se compliquait de rotation du corps des vertèbres ; or, cette torsion, quelle qu'en soit la cause (encore ignorée), ne se trouve jamais dans les déviations par causes directes, par causes qui ont, comme la présence d'une tumeur ou la carie, une action isolée sur quelques vertèbres en particulier et non sur la colonne vertébrale. On les observe toujours au contraire dans les courbures résultant de causes telles que le rachitisme, qui agissent sur l'ensemble de la colonne de manière à modifier le mécanisme d'action, et consécutivement, la direction de ce grand levier, base de sustentation et centre de tous les mouvements. Nous croyons donc devoir recourir, pour expliquer cette courbure, à l'hémiplégie du côté droit qui, datant de plus de cinq ans, a placé cette femme dans les mêmes conditions qu'un gaucher. L'on sait que Bichat a trouvé dans la prédominance d'action du bras droit la raison de la courbure naturelle qui, en effet, s'accompagne aussi de la torsion ou rotation dont nous avons parlé. Si son explication est fondée, ne doit-on pas trouver des déviations analogues chez les sujets qui ont été hémiplégiques pendant quelques années ? En vain objecterait-on contre ce rapprochement l'inaction générale dans laquelle languissent la

plupart de ces individus. Je répondrai d'abord que si cette circonstance existe réellement, l'absence de la déviation, dans le cas où elle aura été observée, serait aussi probante que sa présence dans les cas contraires; mais la femme, sujet de mon observation, n'était que peu avancée en âge, et quelque inaction qu'on lui suppose, il est clair qu'il y a pour la fréquence et l'étendue des mouvements une bien moins grande différence entre le bras droit et le gauche d'un homme sain, qu'entre le bras valide et le bras paralysé d'un hémiplegique : des faits en grand nombre sont nécessaires pour justifier ces vues théoriques.

Vices de conformation du membre thoracique supérieur gauche. — Observation recueillie par M. BORDET, élève des hôpitaux.

(Lue dans la séance du 3 décembre 1835.)

Le nommé Bécard, admis en 1817, à l'âge de vingt-sept ans, à l'hospice de la Vieillesse (hommes), pour infirmité du bras gauche, y mourut le 24 septembre 1835, à l'âge de quarante-cinq ans, dans la deuxième salle de médecine de l'infirmerie. La maladie à laquelle il succomba était une affection cancéreuse de l'estomac qui occupait la petite courbure et les deux faces de ce viscère, laissant étendue entre elles sa grande courbure qui m'a paru saine.

Cet homme avait le bras gauche beaucoup moins développé que le droit; et la différence était telle, que dans les ateliers où il était occupé depuis douze ans à tourner une manivelle, il était plus connu sous les noms de *petit bras*, de *bras court*, que sous son nom de famille. — Mesuré de l'acromion à l'extrémité inférieure du doigt médias, le bras droit était de sept pouces plus long que le gauche sur lequel il l'emportait de beaucoup aussi en grosseur. — Le

bras gauche me parut offrir une ankylose complète de l'articulation huméro-cubitale que le sujet me dit être congéniale. Le petit doigt était placé à l'extrémité inférieure du bord interne de la première phalange de l'annulaire, qui lui-même avait toujours été maintenu dans une demi-flexion par une bride fibreuse étendue de la face palmaire de la capsule de l'articulation métacarpo-phalangienne à celle de l'articulation des deux premières phalanges entre elles et aux extrémités correspondantes de ces deux os.

Ce malade se servait peu de ce membre; à peine s'en aidait-il pour se mouvoir dans son lit: il l'employait à peu près comme les manchots utilisent leur moignon, à la main près, qui, malgré la gêne des mouvements des doigts, lui rendait des services assez nombreux.

L'épaule était moins proéminente, placée plus en arrière et plus bas que celle du côté opposé.

Les anomalies que la dissection m'a fait découvrir sont nombreuses et m'ont paru dignes d'intérêt.

Elles sont, pour ce qui a rapport aux os:

1°. Une clavicule grêle à courbures peu marquées.

2°. Le scapulum, de prime abord, paraît normal; cependant son apophyse coracoïde est fortement recourbée en bas, de manière que son sommet qui est déjeté en dedans; descend presque au niveau du bord inférieur de la cavité glénoïde, que son bord interne est contigu au bord interne de cette cavité, et que sa face supérieure est devenue presque antérieure. L'échancrure coracoïdienne, forme un trou presque entièrement osseux par où passent ensemble le nerf sus-scapulaire, un rameau veineux, et la branche sus-scapulaire de l'artère scapulaire supérieure qui continue son trajet à travers un canal osseux creusé dans la base de l'apophyse coracoïde. On trouve à la place de la cavité glénoïde une surface presque plane, légèrement convexe dans les deux tiers supérieurs. Une substance gélatineuse, comme annueuse, bleuâtre, remplissait l'espace inter-articulaire,

3°. L'humérus se continue inférieurement avec le radius, et l'union de ces deux os est tellement intime, que non-seulement on n'aperçoit aucune trace d'ancienne articulation, aucun vestige de leurs extrémités correspondantes, mais, qu'au lieu de se terminer par une saillie comme à l'ordinaire, le bord externe de l'humérus lisse et uni devient antérieur et tranchant pour se continuer avec le bord antérieur du radius. L'extrémité inférieure de l'humérus est bien aplatie d'avant en arrière; mais on n'y découvre aucune dépression qui indique qu'il y ait jamais existé de cavités coronoïde et olécranienne. Le bord interne est la seule partie qui inférieurement semble rappeler quelque chose de normal; encore, l'éminence qui le termine en bas et figure l'épitrôchlée, est-elle déjetée en arrière et en dehors, et séparée du corps de l'os par une gouttière large et profonde où l'on ne trouve aucun indice du bord interne de la trochlée.

Le corps de l'os est droit, aplati de dedans en dehors, sans courbure ni torsion. Cependant, dans la moitié inférieure de la face postérieure, à partir de l'empreinte deltoïdienne, se voient plusieurs sillons superficiels, obliques en bas et en avant, et qui se prolongent même jusque sur le radius. Aucun de ces sillons ne représente la gouttière du nerf radial et de l'humérale profonde. L'extrémité supérieure, ordinairement plus forte que l'extrémité cubitale, est loin de l'égal en volume. Elle est dépourvue de tête, et sa surface articulaire légèrement convexe, presque plane, oblique en dedans et en bas, occupe la place du col anatomique. La tubérosité externe est peu développée, l'interne manque totalement. Quant à la coulisse bicipitale, elle est peu profonde, rugueuse, remplie par du tissu cellulaire adipeux, que traversaient en tous sens des lamelles fibreuses.

4°. Le radius est la continuation de l'humérus; son extrémité supérieure est aplatie de dedans en dehors, et sur sa

face interne se voit l'orifice du conduit nourricier qui se dirige comme à l'ordinaire en arrière et en haut. Le bord antérieur, très-saillant en haut, semble le prolongement du bord externe de l'humérus. L'éminence bicipitale qui en est la limite supérieure à l'état naturel manque entièrement. Le bord interne semble commencer sur l'humérus, et donne attache, dans presque toute son étendue, au ligament interosseux qui se termine en bas par un faisceau fibreux oblique en dedans, et qui passait en avant du carré pronateur. L'extrémité carpienne m'a paru normale.

5°. Le cubitus manque dans sa partie moyenne, et ce qu'il y a d'osseux vers les extrémités est si peu développé ou si irrégulier, qu'il est impossible d'y reconnaître rien qui ressemble à une partie quelconque de cet os. Le noyau osseux, qui, inférieurement, tient lieu de la tête du cubitus, a la forme d'une grosse aveline dont la grosse extrémité qui est inférieure paraît tronquée : elle est dépourvue d'apophyse styloïde, et articulée avec le radius, le pyramidal et le pisiforme, à peu près comme à l'ordinaire. Quoique assez irrégulière, aplatie d'avant en arrière, la partie osseuse qui représente l'extrémité supérieure, me semble pouvoir être décrite comme une pyramide triangulaire dont chaque angle se termine supérieurement par une saillie. Celle de l'angle interne, plus volumineuse, s'étend en dehors jusque vers le bord interne du radius, et limite en avant un espace rempli par du tissu cellulaire adipeux que traversaient des vaisseaux et des nerfs. La base est articulée avec l'extrémité inférieure de l'humérus, près de son bord interne, sur la partie de sa face antérieure qui répond à l'épitrôchlée. Cette articulation dont le mode d'union ne pouvait permettre que des mouvements très-bornés, me paraît formée par deux surfaces planes. L'étendue verticale de cette pyramide osseuse est de 16 lignes, et la transversale de 2 ou 3. Le sommet est allongé, styloïde et uni avec le noyau osseux inférieur par un cordon fibreux de la grosseur d'une

plume à écrire ordinaire. C'est ce cordon ligamenteux qui remplaçait le corps de l'os.

6°. Cinq os seulement composent le carpe. Deux, le sca-phoïde et le pyramidal, pour la première rangée (le semi-lunaire manque, et le pisiforme ne fait qu'un avec le pyramidal). Trois pour la seconde rangée, le trapèze, le trapézoïde et le grand os qui est beaucoup plus volumineux qu'à l'état naturel. Sur la face dorsale de ce dernier, j'ai cru trouver des vestiges de l'os crochu avec lequel il serait confondu; mais sur sa face palmaire, on ne découvre rien qui rappelle cet os; il n'y a pas trace du crochet qui lui a valu son nom. Le trapèze et le trapézoïde sont tous deux contigus à l'extrémité carpienne du premier métacarpien.

7°. Le métacarpe n'est formé que par trois os. Les métacarpiens du médius et de l'annulaire me paraissent parfaitement normaux : le cinquième manque, le petit doigt se trouvant placé, comme je l'ai dit, sur la première phalange de l'annulaire qui leur est commune. Mais ce qu'il y a de remarquable surtout, c'est le premier de ces os : large, mince, aplati d'avant en arrière, ce métacarpien semble résulter de l'accolement des deux premiers métacarpiens entre eux. Par son extrémité digitale, il se bifurque et fournit deux têtes : l'externe plus volumineuse, plus étendue transversalement que d'avant en arrière, est reçue dans la cavité glénoïde de la première phalange du pouce; l'interne, oblique en dedans, supportée par un col arrondi plus long, est destinée à l'indicateur.

8°. Quant aux doigts, ils n'offrent d'autres anomalies que celles que j'ai déjà signalées à l'égard de l'autriculaire. Deux phalanges seulement composent ce doigt; son articulation avec la première phalange de l'annulaire est contiguë à celle des deux premières phalanges de ce doigt entre elles, et il n'y a qu'une seule synoviale pour cette double articulation.

Muscles. — Quoique j'aie été forcé de disséquer ce

membre séparé du tronc, je suis porté à croire que les muscles qui se rendaient du thorax soit à l'épaule, soit au bras, étaient exempts d'anomalies; car, à leurs attaches, soit au scapulum, soit à l'humérus, je n'ai rien rencontré qui s'éloignât des règles ordinaires. Seulement, du tendon du petit pectoral, se détachait un faisceau fibreux qui allait, en s'élargissant, renforcer le ligament coraco-claviculaire.

Pour les muscles sus et sous-épineux et petit rond, ils n'offraient d'insolite qu'un petit tendon long et grêle qui se séparait du sous-épineux pour aller se fixer sur le bord convexe de l'acromion. Il n'en était point de même du sous-scapulaire; ses tendons isolés se rendaient, l'un sur la capsule de l'articulation scapulo-humérale où il se perdait, l'autre sous le bec de l'apophyse coracoïde, et le troisième enfin, étendu entre les deux premiers, remplissait l'espace qui les séparait. Ne pourrait-on pas regarder le tubercule osseux placé entre l'apophyse coracoïde et la cavité glénoïde, et sur lequel semble venir se rendre le tendon moyen du sous-scapulaire, comme la petite tubérosité de l'humérus qui n'étant encore qu'épiphyse se serait détachée de cet os et fixée en cet endroit?

Le deltoïde était mince, en avant surtout, et déjeté en arrière. Le coraco-brachial et les insertions supérieures du triceps ne présentent rien d'anomal. Inférieurement, ce dernier se termine par un tendon aplati, aponévrotique, sur la saillie de l'angle antérieur et interne de l'extrémité pyramidale du cubitus. C'est à l'angle antérieur et externe que se fixait le brachial antérieur par un tendon large et mince, du bord externe duquel se détachait une aponévrose qui fermait, en dehors, l'espace compris entre cet angle et l'humérus, et allait se répandre sur le bord interne du radius. Son attache humérale était large et normale. Ce muscle était fort mince; le biceps manquait entièrement.

Avant-bras : région antérieure. — Les muscles qui supérieurement s'insèrent par un tendon commun à l'épitrachée, n'ont point ici leur insertion supérieure commune. Le radial antérieur naît par des fibres charnues de presque toute la face antérieure de l'extrémité supérieure du cubitus; il est séparé du cubital antérieur qui occupe la face interne, par l'angle interne et antérieur et un feuillet aponévrotique qui semble être la continuation du tendon du triceps. De là ces muscles se rendent : le premier, à l'éminence de l'extrémité carpienne du premier métacarpien qui répond à l'index, l'autre, au pisiforme. Le rond pronateur s'insérait à l'humérus sur le tiers supérieur de son bord articulaire, passait en avant du radial qu'il croisait obliquement, pour aller se fixer vers le milieu de la face externe du radius. Le petit palmaire manquait ; le fléchisseur sublime occupait tout le bord externe, depuis le sommet de la pyramide jusque vers l'angle antérieur et externe. Le fléchisseur profond, beaucoup plus volumineux, naissait du sillon qui se voit entre ce bord et le ligament inter-osseux, de ce ligament et de la partie correspondante du radius. De ces différentes insertions, ces deux muscles se rendaient, suivant leur trajet ordinaire, sur le carpe, où ils se partageaient chacun en trois tendons. Ceux du fléchisseur profond étaient unis entre eux par plusieurs bandelettes tendineuses qui s'étendaient aussi à l'indicateur, et leur avaient fait contracter avec le tissu fibreux qui revêt la paume de la main, des adhérences qui me semblent expliquer l'impossibilité qu'avait toujours eue le sujet de fléchir les doigts complètement. Dans son trajet à travers sa gaine ostéo-fibreuse, le tendon de l'annulaire fournissait un tendon fort grêle au petit doigt. Le long fléchisseur du pouce se confondait en haut avec le fléchisseur profond des doigts ; du reste, il n'offrait rien d'insolite. Le carré pronateur formait une couche mince, triangulaire, dont les fibres se dirigeaient en convergeant du radius à la face postérieure du noyau osseux inférieur du cubitus à la-

quelle il s'attachait par une aponévrose très-courte, après avoir passé au-dessous, puis en arrière du bord inférieur du ligament inter-osseux.

Région externe. — Un seul muscle existait pour la région externe; son insertion supérieure se faisait un peu sur la face interne du radius; inférieurement, son tendon s'épanouissait pour se porter et sur l'extrémité supérieure du métacarpien du médus, et sur la partie correspondante du métacarpien commun, comme pour remplir à lui seul les fonctions des deux radiaux. Le muscle, large en haut, était fort mince dans toute son étendue.

Région postérieure. — Plusieurs muscles de cette région manquaient : l'anconé, le cubital postérieur, l'extenseur propre du petit doigt, le court extenseur du pouce. L'extenseur commun des doigts né de la gouttière qui termine en bas la face postérieure de l'humérus et du tiers supérieur de la face postérieure du radius, descendait, suivant son trajet ordinaire, sur la face dorsale de la main, où il se divisait en trois tendons, unis entre eux comme ceux du fléchisseur profond par des languettes aponévrotiques. Le tendon de l'annulaire fournissait, comme le fléchisseur, un rameau pour le petit doigt, rameau qui se fixait à l'extrémité supérieure de la phalange. Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, on voyait se détacher de chaque tendon, deux rubans fibreux qui se fixaient de chaque côté de l'extrémité supérieure des premières phalanges. Le long abducteur du pouce s'insérait à la face externe de l'extrémité supérieure du cubitus, en arrière et le long du ligament inter-osseux, à ce ligament et au radius qu'il entourait d'arrière en avant pour venir s'insérer en dehors et en haut du premier métacarpien, en se confondant avec le ligament externe de l'articulation carpo-métacarpienne. Son long extenseur s'insérait dans la moitié supérieure du tendon fibreux cubital, au ligament inter-osseux et à des aponévroses qui le séparaient du grand abducteur et de l'exten-

seur propre de l'index, se dirigeait de dedans en dehors, et se terminait à l'extrémité supérieure de la deuxième phalange du pouce.

" L'extenseur propre de l'index, né de la moitié inférieure du cordon fibreux cubital, du ligament inter-osseux et de l'aponévrose intermédiaire, formait un faisceau court et épais qui descendait presque directement. Engagé dans une gaine particulière, d'abord séparée de celle de l'extenseur commun vers l'extrémité carpienne des radius, puis réunie à celle-ci après un trajet de quelques lignes, son tendon se plaçait bientôt en dedans du tendon envoyé à l'index par l'extenseur commun, pour se terminer avec lui selon le mode ordinaire.

Muscles de la main. — Le court abducteur et le court fléchisseur du pouce n'offraient rien d'irrégulier; ils constituaient à eux seuls l'éminence thénar; l'éminence hypothénar n'était formée que par l'abducteur du petit doigt, qui s'insérait le long du bord interne du métacarpien de l'annulaire, et se terminait à sa première phalange. Quant aux inter-osseux antérieur et externe, je n'en ai rencontré que quatre, deux dorsaux abducteurs du doigt médius (l'axe de la main passant par ce doigt), les deux autres abducteurs de l'index et de l'annulaire.

vaisseaux. — Les artères et les veines sont généralement peu développées. L'artère humérale parcourt son trajet ordinaire; il en est de même de la radiale et de la cubitale. Je puis affirmer qu'il n'y avait qu'une seule arcade palmaire; mais quant aux rameaux qui en partaient, privé comme je l'étais de l'aide des injections, il m'a été impossible de rien constater à leur égard. L'inter-osseuse naissait de la face postérieure de la radiale, se dirigeait, entre le fléchisseur profond et le ligament inter-osseux, vers le cubitus, et se divisait comme à l'ordinaire en inter-osseuse antérieure et en inter-osseuse postérieure. L'inter-osseuse postérieure était

fort grêle, ne fournissait point de récurrenta radiale postérieure, et se perdait bientôt dans les muscles postérieurs de l'avant-bras.

Les nerfs n'ont rien présenté de bien remarquable, leur division et leur distribution se rapprochaient beaucoup de l'état normal.

Comme j'ai été forcé de disséquer ce membre séparé du tronc, je n'ai pu examiner le plexus brachial d'une manière satisfaisante; mais ce que nous avons tous bien vu, et ce qui m'a paru digne d'intérêt, c'est l'absence totale de la racine antérieure de la cinquième paire cervicale et d'une partie des filaments qui composent les racines antérieures des quatrième et sixième paires; enfin le développement beaucoup moindre de la couche optique et du corps strié du côté gauche. La masse encéphalo-rachidienne nous a paru d'ailleurs parfaitement saine;

Méningite granuleuse; affection organique du cerveau.

— Observation recueillie par M. HUSSON, interne à l'hôpital des Enfants.

Alexandre Demotte, âgé de trois ans, entra à l'hôpital des Enfants malades, le 24 juillet 1855. La mère et les trois frères de cet enfant sont d'une bonne santé, mais sujets à tousser; son père est souvent enrhumé et assez mal portant. Cet enfant a été vacciné déjà quatre fois sans succès. Sans avoir jamais fait de maladie, sans avoir eu de convulsions, de gourme, d'ophthalmies ou de maladies éruptives, il n'a cependant pas été d'une santé parfaite, on l'a toujours trouvé délicat. Depuis huit ou dix mois il a toussé assez souvent, et même depuis un mois il reste constamment enrhumé. Il y a environ quinze jours qu'on a observé qu'il avait de la somnolence et moins d'appétit qu'à l'ordinaire; mais pas de fièvre. Cet état de malaise, assez mal caractérisé, dura six

ou sept jours. Depuis une semaine le petit malade vomit les aliments et la tisane qui lui sont donnés. Depuis le même temps, il est extrêmement faible, et sujet aux étourdissements à tel point qu'il ne peut rester assis dans son lit. Il a eu quelques épistaxis peu considérables après avoir introduit ses doigts dans le nez ; il a éternué plusieurs fois, et il y a deux jours il a été pris d'un écoulement muqueux par le nez. Il avait en même temps une fièvre assez vive avec agitation la nuit ; on n'a observé de délire que depuis vingt-quatre heures. La mère de l'enfant assure qu'il y a trois jours on a vu l'éruption rapide de taches rouges lenticulaires, indiquées par un médecin comme étant la rougeole, mais qui ont blanchi et ont disparu brusquement, sans causes connues.

■ Au moment de son entrée, l'enfant est assoupi, couché sur le dos, ne se plaint pas de la tête, ne peut rester assis sans tomber de côté ou en arrière. Soif, inappétence, langue blanche, pas de vomissements, d'envies de vomir, ni de douleurs au ventre. Constipation. Chaleur à la peau. Poids à 84. — Le thorax est étroit et saillant. Le sternum, large d'un pouce et demi, est très-saillant en avant. Les côtes sont déprimées latéralement, mais plus à gauche. On aperçoit les battements du cœur entre les quatrième et cinquième côtes. La main posée à la région précordiale y sent un frémissement cataire des plus forts ; la percussion ne fait reconnaître aucune matité anormale dans le thorax. Le cœur fait entendre, des deux côtés en avant, et à gauche seulement en arrière, un bruit de soufflet très-fort, mêlé d'un bruit de scie et de râpe. On ne peut savoir à quel bruit normal du cœur ce bruit pathologique correspond, parce qu'il dure à lui seul autant que les deux bruits et les masque entièrement. A l'aide de questions multipliées et précises, on s'est assuré que les parents n'ont jamais observé aucun symptôme qui indiquât une affection organique du cœur.

Depuis le 26 juillet jusqu'au 1^{er} août au soir vers dix heures, on a observé du strabisme, avec déviation plus grande en dedans de l'œil droit, qui devint presque insensible à la lumière, et dont la pupille resta immobile, d'abord contractée, puis dilatée; les paupières du même côté étaient en outre rapprochées. La céphalalgie fut peu intense, la face peu colorée. La sensibilité générale alla en diminuant chaque jour, et, pendant les trois derniers, elle semblait presque éteinte dans le membre supérieur droit. Depuis le 28 juillet il y eut beaucoup de machonnement. Dès les premiers jours, on avait remarqué un peu de raideur aux membres supérieurs, avec une tendance des mains à se placer dans une pronation un peu forcée. Pendant les deux derniers jours, il y eut plusieurs accès de raideur du dos et des membres, qui en conservaient toujours un peu. Les mouvements de déglutition commencèrent à être gênés dans le 29 juillet. En général, il n'y a eu ni agitation ni délire, mais au contraire un abattement et une somnolence qui allaient en augmentant. Après le 28 juillet, le malade resta constamment sur le dos.

La langue et la bouche furent presque toujours sèches, sans que le malade manifestât de la soif. Il n'y a pas eu de vomissements. On n'a jamais observé de douleurs ni de sensibilité au ventre. Il y a toujours eu de la constipation.

Le pouls a constamment et graduellement augmenté de fréquence depuis 84 jusqu'à 168 et même 180 pulsations. Il était fort les premiers jours, il a perdu ensuite son énergie. Le bruit anormal que l'on percevait par l'auscultation n'a pas changé sensiblement pendant la maladie; mais la fréquence croissante des battements du cœur rendait plus difficile encore l'examen exact du bruit pathologique.

La chaleur de la peau a toujours été considérable, mais sans siège spécial. Sa coloration assez forte à la face, pendant les premiers jours, avait cessé; mais dans les deux derniers, elle revenait tout-à-coup et par moments.

Les moyens mis en usage pour combattre cette affection ont paru tout-à-fait impuissants pour en arrêter ou même en modifier la marche. Le 26 juillet, deux sangsues furent mises au-dessus de l'ombilic; au même temps, un vésicatoire à une jambe. — Le 29 juillet lavement purgatif. Depuis le 30 juillet jusqu'à la mort on établit sur la tête une irrigation continue d'eau froide. — Le 30 juillet un vésicatoire à la nuque. Pour boisson de la limonade, de l'oximel. Presque toujours on entretenait des sinapismes mitigés aux extrémités inférieures. Le dernier jour l'affaiblissement augmenta rapidement; on donna un lavement de quinquina et un demi-gros d'extrait mou de quinquina.

3 août. Autopsie trente-six heures après la mort. Temps chaud et sec.

Le cerveau est entouré d'une quantité de sérosité assez notable que l'on n'a pu évaluer exactement parce qu'elle s'est écoulée pendant l'ouverture du crâne. La surface extérieure paraît d'autant plus injectée que le cervelet est remarquablement pâle; il est plongé dans 4 onces environ de sérosité accumulée dans les fosses occipitales inférieures. A la consistance du cerveau, outre l'injection générale, on voit beaucoup de glandes de Pacchioni mêlées à des granulations qui existent seules en arrière, sur le bord des hémisphères. Les parties latérales sont saines. Dans les endroits où se trouvent les granulations, la pie-mère est un peu injectée, et infiltrée d'un peu de sérosité jaune. Elle n'est pas adhérente à la substance cérébrale. A la base du cerveau, principalement dans les scissures de Sylvius, autour des pédoncules du cerveau, derrière l'entrecroisement des nerfs optiques, la pie-mère est criblée de granulations tuberculeuses, épaissie, infiltrée d'une substance gélatineuse jaune, et humide, à travers laquelle passe un grand nombre de vaisseaux. Sur les parties latérales et inférieures des deux lobes antérieurs de chaque côté, la pie-mère est plus granuleuse, que partout ailleurs, et, entre les circonvolutions, elle porte

un grand nombre de petites granulations irrégulièrement rondes et à peine transparentes. Dans un seul point correspondant à la partie externe et un peu antérieure de la suture de Sylvius droite, elle est un peu adhérente à la substance corticale, qui est molle et s'enlève quand on détache la membrane. Les plexus choroïdes contiennent peu de sang, et ils ne semblent pas porter de granulations. Les parties centrales du cerveau, sans être fermes, ne sont pas diffluentes. Une faible quantité de sérosité existe dans les ventricules qui paraissent en avoir contenu davantage, et qui ont doublé de capacité. Leur surface interne, très-humide et molle, se déchire facilement; ce ramollissement tout-à-fait blanc ne pénètre pas à plus de deux lignes de profondeur. La substance cérébrale et cérébelleuse examinée avec le plus grand soin, n'offre plus aucune altération pathologique appréciable, ni épanchement sanguin, ni ramollissement partiel, ni coloration, ni consistances anormales. Aucune tubercule,

La moelle vertébrale n'a point été examinée.

Cavité abdominale. — Péritoine sain. L'estomac contenait un peu de bouillie chymeuse grise, mêlée de quelques caillots de lait; il était assez coloré; sa membrane muqueuse semblait un peu ramollie. Le duodénum était fortement coloré en rouge brun. La partie supérieure du jéjunum participait à cette coloration, et offrait quelques follicules nœuds très-développés; mais, plus bas, la muqueuse intestinale ne paraissait pas malade. Les plaques de Peyser étaient très-évidentes, le plus souvent rouges, mais ni molles ni indurées. Dans les six pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, il y avait une assez forte rougeur avec un peu plus de développement des plaques de Peyser. Le gros intestin contenait des matières stercorales molles de bonne nature; il semblait sain.

Le foie était parfaitement sain.

La rate, saine dans son tissu, présentait à sa surface con-

vere huit ou dix petits corps blancs, granuleux, développés dans son enveloppe péritonéale.

Le pancréas et les reins n'ont offert qu'une coloration plus prononcée que de coutume.

Poitrine. — Le poumon droit, d'apparence normale, était uni à la plèvre pariétale vers le haut de son lobe moyen par une adhérence cellulo-membraneuse assez lâche et peu considérable. Le tissu de ce poumon, examiné avec soin, n'a rien offert de pathologique; on n'y a découvert aucune granulation, non plus que sous la plèvre et entre les lobes. A gauche, la moitié inférieure du poumon, saine à l'extérieur, était un peu engouée, mais sans ramollissement et sans tubercules. Dans la scissure interlobaire, et sur le lobe supérieur, on voyait la plèvre, saine du reste, soulevée par une assez grande quantité de granulations d'un très-petit volume, et transparentes pour la plupart. Le parenchyme de cette moitié supérieure, assez ferme, peu perméable à l'air, était farci d'une multitude de tubercules fort petits, ronds, encore granuleux. Entre les principales divisions des bronches de ce lobe, étaient cinq ou six tubercules gros comme de forts pois, et une grande partie ramollis.

La plupart des ganglions bronchiques placés sur la ligne médiane et à gauche, étaient tuberculeux à l'état cru; à droite, ils se présentaient sous les apparences normales.

La trachée-artère et les bronches n'ont offert aucune altération notable, ni pour la couleur, ni pour la texture de la membrane muqueuse.

Le péricarde, très-sain, contenait à peine une cuillerée de liquide séreux et transparent.

Le cœur était large, court, épais et très-ferme; il avait deux poices de largeur, un pouce et demi de la pointe à la base, sans comprendre les oreillettes. Il semblait moitié plus volumineux que dans l'état normal. Aucune tache blanche, aucune inégalité n'existait à sa surface. Du reste, l'apparence extérieure du cœur ne présentait rien d'extraordinaire qui

pût faire soupçonner les altérations que l'on a ensuite rencontrées à l'intérieur. En effet, au lieu de quatre cavités, il en existait cinq, trois pour le cœur droit, deux pour le cœur gauche, et une communication ouverte entre les deux ventricules permettait le mélange du sang artériel et du sang veineux.

L'oreillette droite, dilatée avec épaissement des parois, communiquait largement avec le ventricule droit. Celui-ci, fort large, présentant des parois et des colonnes charnues au moins égales à celles du ventricule gauche, se terminait supérieurement par deux orifices voisins l'un de l'autre; le premier de ces orifices, appartenant à la cloison des ventricules et formé à ses débris, correspondait à la naissance de l'aorte, au-dessous des valvules de laquelle il était situé, de manière à ce qu'au premier abord on put se demander si la communication était établie entre l'aorte et le ventricule droit, ou entre les deux ventricules. Mais un anneau fibreux, limité de toutes parts par des fibres musculaires situées au-dessous des valvules sigmoïdes, ne pouvait pas laisser de doute sur le siège de la perforation, qui évidemment appartenait à la cloison des ventricules. On eût cherché vainement dans cette partie du ventricule droit l'orifice de l'artère pulmonaire, qui pourtant existe et offre à l'extérieur les mêmes rapports et les mêmes qualités physiques que dans l'état normal. C'est que le ventricule droit présente lui-même une cloison pratiquée dans sa paroi antérieure et que cette cloison sépare deux cavités distinctes : la première, dont j'ai parlé, qui reçoit le sang de l'oreillette droite, la seconde qui transmet le sang à l'artère pulmonaire; toutes deux communiquant entre elles par un orifice ovale de quatre lignes sur deux, dont le pourtour présente la blancheur et la résistance du tissu fibreux. Cette dernière cavité, dont la capacité correspond au volume d'un œil d'adulte, a sa paroi antérieure plus mince que les autres parties des cavités ventriculaires; elle se termine à la base du cœur par l'im-

plantation normale de l'artère pulmonaire ; inférieurement, la petite cavité droite s'arrêtait au milieu de la hauteur du ventricule. Les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire n'étaient pas toutes également développées ; une d'elles, pliée en deux dans le sens de sa largeur, ne remplissait plus ses fonctions normales lorsque toutes trois elles étaient abaissées. Les deux autres s'accolaient par leur bord libre dans toute son étendue, et, vues par l'artère pulmonaire, elles avaient absolument l'aspect de la valvule iléo-cœcale vue par le cœcum. Le point d'attache de deux de ces valvules était saillant, dur, fibro-cartilagineux.

Les cavités gauches du cœur ne présentaient rien d'anormal, si ce n'est la communication dont j'ai parlé.

Les gros vaisseaux de la base du cœur n'offraient rien de pathologique ou d'anormal.

Extrait du rapport de M. TESSIER sur l'Observation précédente.

L'anomalie que M. Husson a présentée à la Société Anatomique est fort remarquable par chacune des deux particularités qu'on y rencontre, et plus encore par la réunion de ces deux particularités.

1°. La cloison des ventricules près de la base du cœur est perforée et permet le mélange du sang noir et du sang rouge ; le trou ovale est complètement oblitéré.

Comme la perforation de la cloison existe à la base du cœur, qu'elle est très-rapprochée de l'aorte, cette circonstance a pu faire croire que l'aorte naissait à la fois des ventricules droit et gauche ; mais un examen attentif a démontré que toutes les valvules sigmoïdes placées au-dessus du niveau de la perforation correspondaient à l'ouverture aortique du ventricule gauche, et que de plus le pourtour

fibreux de la perforation reposait de tous côtés sur des fibres charnues. La facilité que l'on a d'introduire par le ventricule droit un stylet dans l'aorte prouve donc seulement une communication entre les deux ventricules.

La seconde anomalie est l'existence de deux ventricules droits : l'un qui reçoit le sang de l'oreillette droite ; l'autre qui reçoit le sang du premier et le transmet à l'artère pulmonaire, de manière à ce que le sang franchisse trois cavités et trois orifices avant d'arriver au poulmon.

Je dois vous faire observer que l'artère pulmonaire n'était rétrécie ni dans son canal, ni même à son orifice. Ce fait est d'autant plus important que les auteurs qui se sont occupés des vices de conformation du cœur, ont expliqué la communication des deux ventricules par l'imperforation ou par le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Est-ce que l'existence de deux ventricules droits, communiquant par une ouverture intermédiaire, aurait eu le même résultat qu'un rétrécissement de l'artère pulmonaire ? Je ne vois aucune raison pour ne pas admettre cette opinion, et reconnaître encore ici la vérité de cette loi posée par M. Gendrin, que l'imperforation de l'artère pulmonaire entraîne sa communication entre les systèmes à sang rouge et à sang noir ; seulement, il faudrait étendre au rétrécissement ce qu'il dit de l'imperforation, et l'en serait encore dans l'expression des faits publiés jusqu'à ce jour.

Le point de départ de cette anomalie serait dans le cloisonnement du ventricule droit, qui aurait entraîné la difficulté du cours du sang dans les cavités droites, et, par suite, la communication contre nature des deux ventricules, par arrêt de développement de leur cloison.

Tabercules occupant diverses régions de l'encéphale ; ramollissement du cerveau. — Par M. FOURNET, interne à l'Hôtel-Dieu.

Laurier (Étienne), âgé de vingt-huit ans, serrurier, né à Blois, d'une faible constitution, sans apparence de tempérament lymphatique, était sujet depuis long-temps à des maux de tête, des tintements d'oreille et des éblouissements. Cet état habituel s'étant exaspéré il entra à l'hôpital le 29, éprouvant en outre une courbature assez prononcée. Les douleurs de tête cessèrent tout-à-fait après l'application de huit sangsues de chaque côté, et le malade alla mieux ; néanmoins son faciès conservait toujours une expression particulière aux affections cérébrales. Parole et conception lentes. Expression générale de lenteur. Traits légèrement contractés. Pupilles naturelles. Pas de délire sous aucune forme. Pouls remarquable par sa petitesse toujours persistante. Le malade présentait encore quelques symptômes de peu d'importance du côté du canal digestif. Pendant quelques jours il y eut un mieux marqué. Le pouls perdit son caractère de petitesse pour acquérir un développement naturel, et Laurier sembla entrer assez franchement en convalescence ; mais cette période fut de courte durée, et, sans qu'on pût en accuser aucune cause incidente, il éprouva une récrudescence des symptômes précédents, et parmi ces symptômes, on vit surtout reparaître le caractère d'extrême petitesse du pouls, et le mal de tête, avec expression d'un peu d'hébétéude et surtout d'indifférence pour tous les objets extérieurs. Il se levait fort peu, et parlait encore moins. Cependant, une seconde fois, il reprut un mieux assez marqué. Le malade était sans fièvre, il mangeait la demie, lorsque tout-à-coup le 28 au matin, en prenant son repas il fut pris de hoquets, de vomissements, et bientôt après de dévoisement ; en même temps il retomba dans un état d'engourdissement beaucoup plus considérable

qu'il ne l'avait été jusqu'alors. Le 29 au matin il présentait l'état suivant : Yeux largement ouverts, égarés, divergents; pupilles larges et immobiles malgré les excitations auxquelles on les soumet. Les paupières de l'œil droit ne peuvent se fermer qu'à moitié; tandis que celles de l'œil gauche se ferment complètement. La commissure labiale gauche est un peu entraînée du même côté. Le bras gauche est entièrement paralysé, tandis qu'il existe des mouvements assez marqués dans les doigts de la main droite et dans la totalité du membre supérieur droit qui, cependant, est un peu contracturé. La motilité n'est que diminuée dans les membres inférieurs, qui offrent un peu de contracture. Sensibilité de la peau intacte à droite et à gauche. Le malade, tout-à-fait étranger au monde extérieur, ne répond à aucune question. Pouls fréquent, peu développé, assez consistant. Mort une demi-heure après cet examen.

Autopsie. — Tête. — Injection capillaire considérable des membranes qui recouvrent immédiatement le cerveau. Plaques ecchymosées, brunes, rougeâtres, de ces membranes au niveau de la ligne circulaire de section du crâne. Ramollissement très-surperficiei de la surface des circonvolutions au-dessous de ces plaques ecchymosées.

Tubercule cru, arrondi, de la grosseur d'une petite noisette, dans l'épaisseur de la substance blanche du lobe antérieur droit du cerveau, à un pouce et demi de son extrémité antérieure, dans un point central également éloigné de la partie supérieure et inférieure de ce lobe. Pas de ramollissement marqué autour.

Tubercule cru, ovoïde, du volume d'un gros haricot, placé dans la partie la plus antérieure et gauche du grand sillon, ou sillon horizontal (Meckel) du cervelet, adhérent d'une part à la substance cérébelleuse, adhérent en dehors à la dure-mère de la partie interne de la base du rocher.

Tubercule cru, irrégulièrement arrondi, du volume d'une grosse noisette, ramolli à son centre seulement, placé dans

l'épaisseur de la substance blanche et grise de la partie antérieure interne du lobe droit du cervelet. Tout autour de ce tubercule, la substance cérébelleuse était fort ramollie, et le corps rhomboïdal droit, à côté duquel était situé cet énorme tubercule, se trouvait presque entièrement diffluent.

Un autre tubercule cru, semblable au précédent pour la forme et le volume, situé dans l'épaisseur même du mésocéphale, directement sur la ligne médiane. Plus rapproché du bord inférieur que du bord supérieur de cette partie centrale, ce tubercule, d'après la direction des fibres qui l'environnaient, se trouvait placé précisément dans l'intervalle des fibres appartenant au faisceau antérieur et au faisceau postérieur des cordons antérieurs de la moelle, séparés, comme on le sait, dans le mésocéphale par l'interposition de nouvelles couches de fibres. Aplatissement d'avant en arrière et déformation du bulbe rachidien. — *Poitrine.* — Quelques granulations petites et crues dans les sommets des poumons. — *Abdomen.* — Quelques plaques de Peyer dans l'intestin (le malade était considéré comme atteint d'une fièvre typhoïde avec complication d'affection cérébrale non caractérisée). Les deux capsules surrénales sont entièrement occupées par des tubercules, contenus dans une sorte de coque fibreuse squirrheuse qui ne représente plus qu'imparfaitement la forme de la capsule. Les reins n'offrent aucune trace de tubercules, non plus que les autres organes abdominaux. Le rein gauche, fortement atrophie, offre son intérieur occupé par huit loges très-profondes qui ne sont autre chose que ses calices fortement distendus par l'urine qui s'y est accumulée; en effet, l'uretère immédiatement à sa naissance du rein, est tellement rétréci, qu'on peut à peine y introduire un très-petit stylet. La moitié supérieure et la moitié inférieure du rein versent leur urine chacune dans un bassinnet isolé. Ces deux bassinets se déchargent dans l'uretère commun au moyen d'une ouverture de communication extrêmement rétrécie.

Empoisonnement par le bleu d'indigo dissous dans l'acide sulfurique; mort au bout de 45 jours; perforation de l'œsophage; large cicatrice de l'estomac. — Note présentée par M. Husson, interne à l'Hôpital des Enfants malades.

Adolphe Diez, âgé de 4 ans, portant des traces de vaccine peu larges, entré à l'hôpital, salle Saint-Jean, n° 3, le 11 juillet 1835, avait, le 19 juin 1835, été empoisonné par une once ou une once et demie d'acide sulfurique, tenant de l'indigo en dissolution. Du lait et de la magnésie furent donnés aussitôt; la bouche et les lèvres étaient noires, le ventre douloureux. Il y eut du dévoiement, et l'enfant rendit du bleu par les selles pendant quelques jours. Depuis ce moment jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, il a toujours vomi les aliments et les boissons; celles-ci ne dépassent pas le pharynx et sont aussitôt rejetées. Appétit très-vif et soif intarissable. Du 20 au 27 juillet, cessation des vomissements. L'enfant prend de la gelée de viande, du bouillon, de la semoule au lait. Le 27 il recommence à vomir; il est pris de fièvre, on voit le début d'une variole. Les jours suivants, l'éruption prit un mauvais caractère, se colora en violet; il y eut du délire; mort le 3 août.

Autopsie. — Poumon droit sain. A gauche, quelques adhérences anciennes; épanchement de quatre onces de liquide verdâtre dans la plèvre. Splénisation d'une partie de ce poumon. Pas de tubercules ni dans le poumon, ni dans les ganglions bronchiques.

La membrane muqueuse du pharynx et de l'œsophage est épaisse, dure, d'un rouge brun; son tissu cellulaire sous-muqueux est épaissi et un peu induré, mais sans aucune rougeur. A un pouce au-dessous du larynx, on trouve un rétrécissement d'une ligne et demie de diamètre, ne pouvant laisser passer un manche de scalpel; dans cet endroit la muqueuse offre un petit pli en travers, et une pla-

que blanche arrondie, un peu à gauche, en avant. Entre l'œsophage et la trachée, existe un petit abcès s'ouvrant dans l'œsophage par une ulcération large d'une ligne. On trouve un second rétrécissement, avec couleur blanche presque semblable, au-dessus du cardia. Estomac rétracté, ridé à l'intérieur, contenant un mucus visqueux, plus épais que dans l'état normal. Un peu de ramollissement et d'injection au grand cul-de-sac. A un demi-pouce de la paroi splénique, à la face inférieure, cicatrice grande comme un demi-franc, envoyant des ramifications radiées entre quelques rides de l'estomac; bleuâtre, mince, sans muqueuse bien organisée, à peine épaisse d'une demi-ligne, sans injection autour, mais avec ramollissement de la muqueuse environnante. Sur la cicatrice deux follicules saillants, blancs, transparents, comparables à des sudamina sans orifices apparents. La moindre pression les écrase. On en trouve une trentaine autour de la cicatrice, surtout dans ses irradiations. — Pas d'ulcérations. — Pylore sain. — Intestins contenant dans toute leur longueur une assez grande quantité de follicules très-saillants, rouges à leur base, très-ouverts à leur sommet, et contenant une matière jaune, peu adhérente. — Ganglions mésentériques, foie, rate, reins, vessie, cœur, cerveau à l'état normal.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 10 (3^e SÉRIE) — (Juin 1836),

RÉDIGÉ

PAR MM. VALLEIX, MARROTTE, CAZALIS, DENONVILLIERS,
NIVET ET DIDAY.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois d'Avril et de Mai 1836.*

1. *Anatomie du périnée.* — 2. *Anse nerveuse anormale entre l'hypogastrique et le pneumo-gastrique, et double origine du nerf laryngé interne.* — 3. *Anomalie de l'artère fémorale profonde.* — 4. *Déviation des pieds et des mains avec absence de plusieurs os du carpe et du tarse.* — 5. *Acéphalie.* — 6. *Atrophie de l'hémisphère droit du cerveau.* — 7. *Cœur et système artériel très-peu développés.* — 8. *Suites d'une blessure dans la région du cœur.* — 9. *Aneurysme partiel du cœur.* — 10. *Vaste fausse membrane emprisonnant le poumon.* — 11. *Kyste hydatique du foie.* — 12. *Pus en nature trouvé dans le sang.* — *Nominations faites pendant le mois.*

1. M. Denonvilliers met sous les yeux de la Société douze pièces d'anatomie destinées à la démonstration de la région du périnée chez l'homme.

Les recherches dont ces pièces sont le résumé ont été commencées à l'occasion du concours pour le professorat, ouvert le 1^{er} août 1835; les pièces ont été déposées au Musée de la Faculté, le 15 novembre de la même année.

Les faits les plus importants qui résultent de l'examen de ces pièces sont les suivants :

1°. Entre les deux ligaments pubio-prostatiques existe une distance de huit à dix lignes, qui est remplie par une toile fibro-celluleuse, mince, mais résistante, déprimée en forme de godet et percée de trous que traversent les veines dorsales du pénis; cette aponévrose pourrait être appelée *pubio-vésicale*, ou *pubio-prostatique*.

2°. Sur les côtés de la prostate et de la portion membraneuse de l'urètre, se trouve une aponévrose que M. Denonvilliers propose de nommer *aponévrose latérale de la prostate*, ou *aponévrose pubio-rectale*. Épaisse, résis-

tante, d'une texture fibreuse bien prononcée, elle représente un plan vertical, étendu d'avant en arrière des côtés de la symphyse du pubis au rectum, et de haut en bas de l'aponévrose périnéale supérieure à l'aponévrose périnéale moyenne; arrivée sur cette dernière, elle se replie, devient horizontale et se confond avec elle. Cette aponévrose limite et fixe la prostate latéralement, et sépare complètement du releveur de l'anus les faisceaux charnus connus sous le nom de muscles de Wilson.

3°. L'aponévrose périnéale moyenne ou ligament de Carcassonne n'est pas, comme beaucoup de personnes le croient, une simple apodévrose, elle résulte de la superposition de deux plans fibreux dont l'inférieur se continue avec l'aponévrose périnéale inférieure, tandis que le supérieur se jette sur le rectum par sa partie moyenne, et se recourbe sur les côtés pour aller gagner le plan inférieur. L'intervalle qui existe entre les deux feuillettes est rempli par des fibres musculaires longitudinales et transversales dont quelques-unes appartiennent au transverse du périnée et au sphincter de l'anus, par la face supérieure du bulbe, les artères honteuse interne et transverse du périnée, les veines et nerfs satellites et les glandes de Cooper, immédiatement appliquées sur le bulbe.

4°. Entre le rectum et les vésicules séminales, on trouve une couche membraneuse dont la texture ressemble à celle du dartos, et que M. Denonvilliers appelle *prostate-péritonéale*. Cette couche enferme les vésicules séminales de l'extrémité inférieure des uretères et des conduits déférents, dans une poche complète; car elle se confond sur les côtés avec le tissu cellulaire serré qui entoure le plexus veineux du bas-fond de la vessie; par son bord antérieur, elle se perd sur l'extrémité la plus reculée de la prostate, et par son bord postérieur, adhère intimement à cette portion du péritoine qui descend entre la vessie et le rectum, pour former un cul-de-sac dont la forme en demi-lune est constante.

5°. L'urètre a un ligament suspenseur propre, qui, né de la partie antérieure de la symphyse du pubis, descend entre les deux corps caverneux, et s'épanouit sur l'urètre au moment où le conduit vient de traverser l'aponévrose périnéale moyenne. Sur les deux faces de ce ligament, s'implantent les fibres les plus postérieures et les plus profondes du muscle bulbo-caverneux qui forment ainsi autour de l'urètre un anneau contractile fixé par sa partie supérieure.

6°. Le muscle de Wilson, confondu à tort par Mœchel avec le bulbo-caverneux, et par la plupart des anatomistes français avec le releveur de l'anus, est isolé du premier par l'aponévrose périnéale moyenne, et du second par l'aponévrose pubio-rectale de M. Denonvilliers. Chez la plupart des sujets, ce muscle représente une épaisse masse charnue, insérée sur le ligament triangulaire de la symphyse du pubis et sur les aponévroses périnéale moyenne, périnéo-prostatique et pubio-rectale, enveloppant l'urètre, et prolongée jusqu'au rectum et sur la prostate. Chez les sujets à la fois maigres et bien musclés, les portions rectale, urétrale et prostatique sont distinctes et peuvent être isolées l'une de l'autre.

7°. Le muscle sphincter externe de l'anus se termine en avant par trois ordres distincts de fibres ; les unes, superficielles, vont s'épanouir au-dessous de l'aponévrose périnéale inférieure et se continuent en un plan musculéux étendu jusqu'à la partie inférieure des hanches ; les autres, moyennes, s'insèrent sur l'aponévrose périnéale inférieure au moment où elle se déploie pour se continuer avec le feuillet inférieur de l'aponévrose périnéale moyenne ; enfin les dernières, supérieures, s'unissent entre les deux feuillets de l'aponévrose périnéale moyenne sous forme de faisceaux minces et allongés qui se terminent par une expansion tendineuse sur le bulbe de l'urètre.

8°. Sur une des pièces présentées par M. Denonvilliers, les deux conduits éjaculateurs se réunissent en un seul, renflé en ampoule, et qui s'ouvre seul dans l'urètre après un trajet de six à huit lignes.

9°. Sur une autre pièce, l'artère transverse du périnée du côté gauche, au lieu de provenir de la honteuse interne, naît de l'artère obturatrice, se porte au-dessous de la branche descendante du pubis, qu'elle croise à angle droit, et vient se placer dans le périnée au lieu qu'elle occupe ordinairement. Celle du côté droit se présente aucune anomalie.

1°. M. Chassignac fait voir une anse nerveuse formée, entre le pneumogastrique et l'hypoglosse, par deux filets qui, partis du premier, nerf presque à sa sortie du crâne, vont se rendre au second après un court trajet. Sur le même sujet, le nerf laryngé interne a une double origine ; il est en effet formé de deux filets, l'un qui lui est fourni par le grand sympathique, l'autre qu'il reçoit du pneumogastrique. On trouve aussi, sur cet individu deux ganglions nerveux supérieurs.

3. M. Moreau présente une pièce sur laquelle on voit l'artère fémorale profonde du côté gauche naître du bord antérieur de la cuisse, à six lignes au-dessous du ligament de Fallope ; de là, elle se porte en dehors, croise obliquement la veine immédiatement au-dessus du point où elle reçoit le saiphène, et se porte, en la contournant, vers les parties profondes de la cuisse, où elle se distribue comme à l'ordinaire. M. Cruveilhier a vu un cas à peu près semblable. L'artère fémorale se divisait au niveau de l'arcade pubienne, la profonde naissait de son bord antérieur qu'elle pénétrait dans une assez grande étendue, laissant la veine en dehors ; elle se plongeait ensuite dans la profondeur du membre pour se diriger comme à l'état normal.

4. M. Charvillat présente le pied droit d'un enfant de quatre ans et demi. Ce pied offre un exemple remarquable de pied-bot externe. Le bord externe est très-relaxé ainsi que les orteils. La cause de cette difformité se trouve dans l'absence du scaphoïde et des trois carpiens. Le tarso n'est plus formé que par le calcaneum et l'astragale, qui ne sont pas déviés, et de robaïde qui fait une saillie considérable à la plante du pied ; il est le point culminant, et lui seul appuyait sur le sol dans la station. Il résulte de cette disposition qu'au lieu de former une voûte, la plante du pied est très-sensiblement concave. Aucun noyau cartilagineux ne se remarque

à la place des os absents; un tissu cellulo-fibreux comble seul l'espace qu'ils ont laissé. Le pied gauche présentait la même difformité, mais à un moindre degré; il était seulement plat, et il ne manquait que le scaphoïde et les deux premiers cunéiformes.

M. Desprès présente une main du même sujet sur laquelle on voit une déviation latérale occasionnée par l'absence du carpe; on n'y trouve que trois noyaux cartilagineux représentant le trapèze, l'os crochu et le pisiforme. Il y avait de plus une luxation du radius sur l'humérus, et le bras était fortement fléchi. M. Desprès pense que cette difformité est la même que celle qui a été présentée à la Société par M. Bordet, mais à un degré moins avancé.

5. M. Morel fait voir un cas d'acéphalie compliquée d'hydrocéphalie. Le fœtus n'a que cinq mois de vie intra-utérine; il est long de six pouces, il est né d'une femme de 24 ans. On ne trouve aucune trace de cerveau; à sa place, existe une vaste poche formée de deux membranes, et renfermant un liquide séreux. Le canal vertébral contient la moëlle à l'état normal; elle cesse brusquement au niveau du troi occipital. En suivant la dure-mère vertébrale, on voit qu'elle se continue sans interruption avec la membrane interne de la poche indiquée plus haut, tandis que la membrane externe se continue avec la peau. L'adhérence de ces deux membranes est lâche, et des vaisseaux se ramifient entre elles. Les membres sont bien conformés et assez bien développés. Il n'en est pas de même de la face: la bouche est très-large, et la commissure droite se porte beaucoup plus en arrière que la gauche. Il existe un écartement des os de la voûte-palatine et une division complète des lèvres. On ne voit pas de trace de voile du palais. Du côté gauche, il n'y a pas de paroi supérieure de l'orbite; à droite, l'orbite est fermée par une membrane qui se continue avec la commissure des lèvres. L'occipital est assez développé et dur, les autres os existent à l'état rudimentaire. Le pavillon de l'oreille est large et développé. Tous les organes pectoraux sont à l'état normal. On a trouvé dans l'abdomen une espèce de bouillie putride qui est le détritus du foie, et dans laquelle on trouve, quoique avec peine, les intestins intacts. La vessie est très-développée. L'anus et les parties génitales sont bien conformés.

6. M. Gueneau de Mussy montre une atrophie de tout l'hémisphère droit du cerveau chez une femme qui dès son bas âge avait présenté une paralysie incomplète de tout le côté gauche; la différence de volume est très-sensible; et M. Gueneau de Mussy ayant pesé comparativement les deux hémisphères, a trouvé que le gauche pesait 450 grammes, tandis que le poids du droit n'était que de 500. Les circonvolutions pariétales sont réduites, du côté atrophie, à l'état de lamelles plissées. La cavité anoyroïde est considérablement dilatée, et dans les points correspondants, le cerveau n'est plus qu'une coque mince. On voit en outre une ossification assez étendue de la dure-mère, et l'arachnoïde sous-jacente est adhérente au cerveau. La femme a succombé à une affection thoracique.

7. M. Godin présente le système artériel d'une femme de 25 ans qui suc-

comba à une gangrène spontanée des deux pieds, survenue sans autre cause occasionnelle qu'un froid vif éprouvé pendant la nuit du 25 décembre 1835. Cette femme avait toujours été très-maigre, et en la voyant on aurait cru qu'elle était beaucoup plus âgée. Quand elle mourut, la gangrène était limitée sur un pied; sur l'autre, elle avait continué ses progrès, et s'étendait jusque vers les malléoles. A l'autopsie, on trouva l'abdomen et les viscères parfaitement sains, ainsi que les poumons; seulement deux ou trois tubercules du volume de petites noisettes existaient au sommet du poumon droit. Le cœur est remarquable par sa petitesse; il est bien conformedu reste. Il y a rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche par induration de la valvule mitrale. L'aorte, à son origine, n'a guère que deux poüces de circonférence, et se rétrécit progressivement, de sorte que cette circonférence n'a plus même un pouce au-dessous du tronc coliaque et de la mésentérique supérieure. Les artères iliaques sont également très-petites; les crurales n'ont pas le volume qu'a ordinairement l'humérale chez un sujet de même taille. La tibiaie antérieure, le tronc tibio-péronier, n'ont pas trois quarts de ligne de diamètre; enfin, les artères péronière et tibiaie postérieure, suivies jusque dans la gangrène, n'ont pas plus de la grosseur des artérielles chez un sujet sain. Du reste ces artères sont parfaitement perméables et n'offrent aucune ossification ni couleur morbide à l'intérieur. Le système veineux est minifil n'y avait pas d'œdème.

M. Godin pense que chez ce sujet, la cause occasionnelle (le froid), qui chez tout autre n'aurait pas eu d'effet, a suffi pour déterminer la gangrène; le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par suite duquel le sang arrivait en moindre quantité au ventricule, et par suite aussi, en moindre quantité à un système artériel déjà insuffisant pour alimenter convenablement les parties auxquelles il se distribuait, a pu encore contribuer à produire la maladie.

8. M. Chassaing fait voir les résultats d'une blessure ancienne, faite sur un chien, à la région du cœur, avec une sonde canelée aiguë. Le poumon gauche était adhérent à la plèvre costale et au péricarde, et le péricarde au cœur. Dans un point de la surface extérieure et de la face antérieure du ventricule gauche, on trouve une dépression qui semble faite avec un emporte-pièce; la substance du cœur y est amincie, et on trouve entre elle et le péricarde une matière blanche et homogène que M. Chassaing regarde comme du pus résultant d'un abcès de la paroi ventriculaire. Plusieurs expériences semblables ont été faites par le même membre sur d'autres chiens; des accidents fâcheux n'ont jamais eu lieu, si ce n'est dans un cas où l'aorte ayant été ouverte, il y a eu une hémorrhagie mortelle.

9. M. Gueneau de Mussy montre le cœur d'une femme entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière pour des palpitations. On ne distinguait aucun bruit anormal à la région précordiale, les mouvements d'impulsion paraissaient seulement augmentés, et ne se reproduisaient qu'à des intervalles assez longs. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur arrondie à la pointe

du ventricule gauche du cœur ; à l'intérieur, on découvre une cavité à large ouverture, ayant environ un pouce et demi à son entrée et six à huit lignes de profondeur ; elle répond à la tumeur extérieure : cette cavité anévrysmale est remplie par une masse fibreuse, dont les couches sont d'autant plus roides et plus molles qu'elles sont plus superficielles. Au-dessous d'elles, on trouve une fausse membrane rougeâtre qui tapisse dans toute leur étendue les parois de la cavité accidentelle, sans se confondre avec l'endocard qui on trouve lisse et polie au-dessous d'elle. La paroi ventriculaire est considérablement amincie dans ce point. Le péricarde adhère au sommet de la tumeur et était vivement injecté. On a trouvé dans la plèvre gauche un épanchement notable de liquide séro-albumineux. Il n'y avait point de fausse membrane.

10. M. Fournet fait voir une vaste fausse membrane, très-épaisse, qui emprisonnait complètement un poulmon. Des plaques cartilagineuses et ossées s'y remarquent çà et là. Le poulmon ainsi enfermé a été pris de pneumonie.

11. M. Niset présente un kyste trouvé vers la face convexe du lobe droit du foie, et qui contient, au milieu d'un liquide épais, jaunâtre et visqueux, un grand nombre d'hydatides. Ce kyste n'a donné lieu à aucun symptôme ; ses parois sont presque cartilagineuses.

12. M. Donné annonce à la Société qu'il a trouvé un procédé par lequel il peut séparer le pus mélangé au sang, même lorsque le mélange est si parfait que le produit morbide a perdu presque toutes ses qualités physiques. Après avoir injecté du pus dans les veines d'un chien, il a pu l'isoler sept, vingt-cinq, quarante heures, et même six jours après.

Dans une séance suivante, le même membre communique les résultats de l'analyse qu'il a faite du sang d'une jeune fille âgée de 14 ans, scrophuleuse, ayant des tubercules dans les poulmons et des abôles au cou ; il a trouvé, dans une veine rénale, une quantité notable de pus en nature, qu'il est parvenu à séparer parfaitement, et qu'il dit très-facile à reconnaître.

Ont été nommés membres adjoints : MM. Vigla et Jacquemier, le 13 avril ; MM. Dariste et Béhier, le 20 ; MM. Maugierat, Vinsot et Guertin, le 4 mai ; MM. Prestat et Durand, le 11.

Luxation par cause externe de la troisième vertèbre cervicale en avant de la quatrième. — Mort six heures après. Observation recueillie par M. DIDAY, interne des hôpitaux.

Le nommé Florentin, âgé de vingt-neuf ans, maçon, descendait un escalier, le 15 janvier 1836, à une heure de l'après-midi, en portant sur la tête un poids de 80 livres; ses pieds ayant glissé, il tomba à la renverse, et, dans cette chute, la partie postérieure du cou porta contre l'angle d'un degré; il ne perdit pas connaissance, mais se trouva de suite paralysé des quatre membres : il n'y eut pas d'évacuation involontaire. Apporté le même jour sur les trois heures à l'hôpital Beaujon, nous le trouvâmes, mon collègue Gariel et moi, dans l'état suivant : Connaissance parfaite, intégrité de l'intelligence, calme; face pâle, livide, lèvres violacées, extrémités froides; le pouls est faible et lent (60 pulsations), mais régulier; Florentin articule bien les sons, mais ne peut parler que lentement et à voix basse; il se plaint d'éprouver vers la nuque une douleur qui augmente par la pression : le doigt n'y reconnaît pas de tumeur, et la crainte de fatiguer inutilement le malade nous empêche d'insister sur l'examen de cette région. Paralyse complète du sentiment et du mouvement des extrémités supérieures et inférieures, au même degré de chaque côté; la peau du tronc est aussi partout insensible. En mettant la poitrine à découvert nous constatâmes que lors de l'inspiration, qui était très-courte et se faisait sans gonflement, la paroi abdominale antérieure seule se soulevait, sans que le thorax prît la moindre part à cette dilatation; les parois de la poitrine restaient au contraire, soit pendant l'inspiration, soit pendant l'expiration, dans le repos le plus absolu, et la ligne de démarcation séparant les parties immobiles de celles qui éprouvaient un mouvement d'expansion, se dessinait

exactement à la base du thorax ; mais cette expansion de l'abdomen était elle-même entièrement passive, comme il était aisé de s'en assurer en observant que les muscles abdominaux ne devenaient plus durs, ni pendant qu'elle s'exécutait, ni après, ni surtout au moment où le malade semblait faire un effort pour parler ; il lui était impossible de changer de position dans son lit. Les deux épaules partageaient l'immobilité de la poitrine, et aucun durcissement du grand pectoral, du grand dentelé, ni du trapèze ne put, malgré beaucoup de soin, être reconnu dans le moment de l'inspiration ; la poitrine dans sa totalité n'éprouvait donc pas le moindre mouvement d'élévation ni de dilatation ; (saignée de quatre à cinq palettes, glace sur la tête). Le malade pouvait avaler, mais la déglutition était très-longue, paraissait fort pénible et ne pouvait s'exécuter, même pour une petite quantité de liquide, qu'après plusieurs mouvements très-bornés et répétés coup sur coup, d'ascension du pharynx. Le cou et la tête avaient conservé leur sensibilité, et le sterno-mastôïdien se contractait encore, ce que l'on reconnaissait à son gonflement appréciable pendant chaque inspiration et lors des mouvements de rotation de la tête, les seuls que nous lui ayons vu exécuter ; nous ne trouvâmes jamais d'érection, il n'avait pas uriné depuis le moment de l'accident, mais la vessie était vide. A six heures du soir, le malade ne pouvait plus parler, les battements du cœur étaient au nombre de cinquante par minutes ; le pouls avait disparu aux radiales. La respiration étant alors très-lente, nous pûmes mieux en étudier le mécanisme : la bouche était presque fermée, chaque inspiration, extrêmement brève, s'accompagnait de dilatation des ailes du nez, sans mouvement analogue des lèvres ; en même temps le larynx était vivement porté en haut et surtout en avant ; les sterno-mastôïdiens se contractaient encore, le malade paraissait d'ailleurs à cette époque hors d'état d'entendre ou de comprendre les questions ; la peau était considérable-

ment refroidie (nous avons noté ce phénomène dès l'entrée du malade); l'expression de la figure était toujours restée impassible, et ne présentait pas cet air d'angoisse si ordinaire aux personnes menacées de suffocation. Il était curieux d'observer à cette époque combien l'instinct du besoin de respirer survivait à l'abolition complète de toutes les facultés, car il suffisait de toucher le larynx pour voir le malade porter assez vivement la tête de côté et d'autre, comme s'il eût voulu, par ce mouvement, le seul qu'il eût conservé, garantir cet organe de toute offense extérieure : il mourut à sept heures vingt minutes du soir.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Le tiers inférieur des poulmons est dense, violacé à l'extérieur, se précipitant au fond de l'eau, leur parenchyme est dans cette étendue, ramolli et engoué d'un sang noir, liquide et non spumeux. Le cœur ne contient pas une goutte de sang; son tissu offre une bonne consistance, et les parois de ses cavités ont une épaisseur moyenne. A l'incision des veines jugulaires, il s'écoule de leur ouverture quatre onces environ d'un sang très-noir et liquide. ⑤

Aucun déplacement sensible à l'extérieur n'existait dans la série des apophyses épineuses; on observa seulement un peu d'empâtement, sans ecchymoses sous-cutanées, au haut de la colonne cervicale : ces recherches ne furent d'ailleurs pas continuées long-temps, dans la crainte de causer un changement de rapports entre les parties dont le déplacement avait peut-être été la seule cause de la mort. Un large et profond épanchement de sang entourait de toutes parts la colonne vertébrale dans la moitié supérieure du cou; il était surtout considérable à la région postérieure. Le squelette de cette partie ayant été mis à découvert, on reconnut que le corps de la troisième vertèbre cervicale porté en avant de la quatrième, faisait dans ce sens une saillie de plus de trois lignes; l'apophyse articulaire inférieure droite de la troisième vertèbre était engagée au devant de l'apophyse correspondante de la quatrième.

mais on reconnut bien qu'après avoir contourné son sommet, elle n'était pas redescendue sur sa face antérieure jusqu'au point d'atteindre le niveau de sa situation naturelle, et qu'elle s'était, au contraire, maintenue à une hauteur plus considérable que celle de sa position primitive ; il résultait de là que la troisième vertèbre avait subi dans sa totalité un mouvement d'inclinaison latérale à gauche, et qu'elle avait en outre exécuté une rotation peu étendue d'arrière en avant et de droite à gauche, de sorte que le côté gauche de son corps était placé plus bas et plus en arrière que le droit. Le disque inter-vertébral, presque complètement déchiré, avait permis ce déplacement du corps des vertèbres, qui ne tenaient plus l'une à l'autre que par quelques débris du fibro-cartilage persistant à gauche, par le ligament vertébral postérieur intact, et par les fibres antérieures, seules conservées, de la capsule des apophyses articulaires gauches. Les restes du disque inter-articulaire rompu, adhéraient à la face supérieure de la quatrième vertèbre ; les ligaments jaunes, les muscles inter-épineux avaient aussi été complètement déchirés, de sorte que l'arc postérieur des troisième et quatrième vertèbres n'étaient pas unis, comme les corps, par les restes de leurs ligaments, et n'avaient plus entre eux que des rapports de contiguïté. Au reste, apophyses articulaires, transverses et épineuses, lames et corps, toutes les parties osseuses étaient dans l'intégrité la plus parfaite, toutes les surfaces offraient leur aspect normal ; seulement, le sommet de l'apophyse articulaire inférieure droite de la troisième vertèbre était superficiellement entamé, le fragment retenu par quelques liens fibreux avait deux lignes d'étendue transversale, une dans les deux autres sens : un épanchement sanguin large, mais de peu d'épaisseur, existait à la face antérieure des lames de la quatrième et cinquième vertèbre cervicale.

La dure-mère était saine. La moelle, examinée à l'intérieur, offrait son aspect naturel ; rien n'était changé dans

son volume, sa coloration ni sa consistance; aussi aurait-on pu, en s'en tenant à cette première exploration, penser qu'il n'y avait eu qu'une simple commotion ou une compression mécanique, et sans traces appréciables, de la moelle sur l'angle saillant formé par le corps de la quatrième vertèbre; mais après l'avoir incisée longitudinalement sur la ligne médiane, nous trouvâmes au centre une infiltration sanguine de sa substance, se prolongeant plus près de la surface à droite qu'à gauche: cette altération occupait une étendue verticale de près de huit lignes; elle commençait au-dessous des filets d'origine de la troisième paire cervicale (le nerf sous-occipital n'étant point compris parmi les paires cervicales), et se continuait jusqu'au niveau du milieu de l'espace compris entre la quatrième et la cinquième. La partie de la moelle qui en était le siège, se trouvait toute au-dessous de la troisième vertèbre cervicale. La substance grise avait participé à la lésion aussi bien que la substance blanche ambiante; les parties qui avaient subi cette infiltration ne paraissaient, non plus que celles du pourtour, que très-légèrement ramollies. Les racines des nerfs ont semblé intactes.

Cerveau parfaitement sain dans toutes ses parties; la substance blanche était généralement fort injectée.

La lésion dont nous venons de rapporter un exemple bien constaté, a été assez rarement observée sans complication de fracture, pour que plusieurs auteurs, et entre autres Astley et Samuel Cooper, Boyer, M. Sanson, aient cru pouvoir en nier la possibilité; nous n'avons donc pas besoin d'insister sur l'importance des détails dont nous avons, à dessein, entouré la description anatomique. Nous pensons aussi que l'indication minutieuse des muscles qui pendant la vie prenaient part à l'acte de la respiration, nous mettra à même d'opposer un nouveau démenti pratique au système de Ch. Bell, déjà réfuté par tant d'autres faits. L'on sait que cet écrivain, jaloux d'a-

grandir le domaine des nerfs respiratoires de sa création, est allé jusqu'à vouloir dépouiller le diaphragme de ses fonctions inspiratoires (lors même que la lésion de la moelle a lieu au-dessous de ses racines), pour en doter les trois muscles qu'il regarde comme seuls agents de l'inspiration dans ces cas. Il se pouvait, à la vérité, se refuser à admettre la persistance des contractions du diaphragme, le nerf phrénique restant sain, mais il a du moins voulu nier qu'elles pussent concourir à l'inspiration, et l'exclusion qu'il donne au diaphragme, dans la production de ce mouvement, se fonde sur ce que, la réaction des parois abdominales étant, suivant lui, nécessaire pour relever ce muscle abaissé, leur défaut d'action, bien manifeste dans la lésion de la moelle cervicale, doit, par contre-coup, rendre inutile celle du diaphragme. Mais il est très-facile de démontrer, soit par le raisonnement, soit par les faits, que cette opinion est inadmissible. Ce ne serait en effet que par une exception à la loi générale que le diaphragme, seul parmi tous les muscles, aurait besoin d'une autre influence que celle de la cessation de sa contraction pour revenir, lors de son relâchement, à sa forme primitive. De plus, son action énergique coïncidant avec la paralysie bien constatée des muscles abdominaux, a été observée un trop grand nombre de fois pour qu'il soit possible à quelque théorie que ce soit de le priver de ses fonctions inspiratrices dans cette circonstance. Mais les détails du fait que nous avons présenté sont encore intéressants sous un autre point de vue : nous avons eu soin de noter que les épaules étaient complètement immobiles, et n'éprouvaient pas le plus léger mouvement d'élévation dans le moment de l'inspiration; or, de l'inaction absolue de cette partie, dans un cas où la presque totalité des racines du nerf spinal était parfaitement saine, ne résulte-t-il pas comme conséquence évidente que l'influence exclusive de ce nerf sur la respiration, dans les lésions de la moelle épinière, idée favorite de Ch. Bell, n'est pas mieux prou-

vée par les faits que le défaut d'action du diaphragme, puisque nous venons de voir ce dernier muscle rester le seul agent de la respiration, dans un cas où le siège de la lésion était aussi favorable, que possible à la réalisation de sa théorie?

La disposition anatomique des racines des nerfs spinaux et phréniques s'oppose à ce que la question soit éclaircie pratiquement d'une manière plus précise. En effet, s'il était un cas propre à fournir la solution du problème, ce serait sans doute celui où, le diaphragme étant paralysé, l'épaule recevrait encore toute l'influence du spinal; eh bien! cette circonstance ne peut pas se présenter, car les racines de ce dernier nerf descendant plus bas que celles du phrénique, si celui-ci se trouvait au-dessous d'une lésion, même linéaire, de la moelle, quelques-unes des racines du spinal seraient nécessairement aussi compromises, et l'on pourrait invoquer cette lésion partielle pour expliquer la paralysie complète de l'épaule.

Kyste séreux développé sous la peau du genou gauche d'une vache. — Observation recueillie par M. MAILLET, chef de clinique à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Depuis deux ans une vache de race normande, âgée de huit ans, portait au genou gauche une tumeur molle et fluctuante qui avait acquis progressivement le volume d'une tête d'homme. Malgré son énorme grosseur, cette tumeur n'avait pas causé de claudication; mais, seulement, depuis quelques mois, un ralentissement dans la marche. A plusieurs époques différentes, cette vache avait été examinée par M. le professeur Delafond, et par moi. Nous n'avions pas eu de peine à reconnaître que la tumeur était le résultat de l'ac-

cumulation d'un liquide, sans pouvoir préciser si elle avait son siège dans les gaines synoviales tendineuses ou dans une bourse synoviale sous-cutanée, accidentellement développée; car à l'état normal de petites bourses n'existant pas dans cette région, où du tissu cellulaire à larges mailles en tient lieu. M. Delafond proposa, dès la commencement, deux modes de traitement : en premier lieu, la ponction, suivie, après la sortie du liquide, d'une injection stimulante dans la poche séreuse; cette médication était plus certaine, mais elle devait laisser après elle de la gêne dans les mouvements si la maladie avait son siège dans les gaines tendineuses. En second lieu, la cautérisation transcurrente sur toute la surface de la tumeur, à l'aide du cautère actuel. Cette dernière opération avait pour but de produire une forte irritation de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, un appel de fluide dans ce dernier tissu en même temps qu'un endurcissement de la peau; par conséquent, l'aplatissement de la tumeur dû au rapprochement de ses parois, et enfin la résorption du liquide séreux épanché. Malgré l'emploi de cette cautérisation, la tumeur n'en continua pas moins à faire des progrès, mais l'insensibilité persista jusqu'à la fin.

Le 3 mars dernier, l'animal fut sacrifié, et le genou envoyé à l'Ecole d'Alfort. La dissection m'y a montré les lésions suivantes.

L'incision de la tumeur fut suivie de l'écoulement d'un liquide séreux, de couleur légèrement citrine, et tenant en suspension quelques flocons albumineux. Cette sérosité, dont la quantité était de dix litres, avait la plus grande ressemblance avec celle que l'on trouve dans les ptyries d'animaux affectés d'hydrothorax ancien. Sur la face interne des parois du kyste, existaient des concrétions albumineuses, les unes libres, d'autres peu adhérentes, d'autres enfin, en beaucoup plus grand nombre, formaient de véritables pseudo-membranes très-adhérentes. Il existait en outre un peu

au-dessous du centre du kyste, une cloison assez résistante, divisant la tambours en deux grandes cavités, lesquelles communiquaient entre elles par une ouverture arrondie et à bords épais. Indépendamment de ces deux compartiments, il en existait encore deux autres beaucoup plus petits; sortes de digitations qui communiquaient aussi avec les cavités principales, desquelles ils étaient séparés par des cloisons incomplètes.

Les adhérences des fausses membranes dont il a déjà été parlé étaient dues, les unes à un tissu mou assez résistant, mais un peu extensible, contenant très-peu de vaisseaux apparents; les autres à une matière dure, crétacée, disposée sous forme de petites masses, de volume et de forme très-variables. Ainsi, les unes étaient arrondies et entourées d'une sorte de membrane fibreuse; d'autres, beaucoup plus petites, étaient anguleuses, dépourvues d'enveloppes; elles ressemblaient à des grains de sable. L'adhérence des unes et des autres aux parois du kyste était très-entière.

La face externe du kyste adhérait par un tissu cellulaire très-lâche, d'une part, à la peau, qui le recouvrait dans les deux tiers de son étendue, et d'autre part aux gaines tendineuses et aux muscles environnants. Il n'y avait aucune communication entre le kyste et les gaines tendineuses, lesquelles étaient parfaitement saines. Dans presque toute l'étendue de la face externe, on voyait des filaments vasculaires ramper à la surface du kyste, et se ramifier dans ses parois. Ces dernières, formées d'une membrane unique, avaient l'épaisseur d'une ligne à peu près dans presque toute leur étendue: seulement, cette épaisseur était plus considérable aux endroits où l'adhérence avec les tissus environnants était plus intime, et au niveau des cloisons intérieures. On y remarquait, du côté de la face interne, indépendamment des cloisons et des fausses membranes, des irrégularités de surface, consistant en de légères élévations séparées par des dépressions peu prononcées. J'ai essayé de

séparer cette membrane en lames distinctes, mais il m'a été impossible d'y parvenir, ce qui me confirme dans l'opinion qu'elle était formée d'un feuillet simple.

Tous les organes sous-jacents appartenant aux diverses articulations du carpe étaient sains, si ce n'est qu'on remarquait l'ossification d'une plaque placée au-devant de l'articulation la plus inférieure. Cette plaque est ordinairement cartilagineuse. La peau qui recouvrait le kyste, bien qu'enormément distendue, ne présentait pas d'autre altération que celles produites par la cautérisation.

Causes du développement de cette tumeur. — Les kystes de cette nature, situés à la même région et chez les mêmes animaux, sont indubitablement déterminés par le frottement du genou sur le pavé lorsque l'animal se couche ou se relève, et même pendant qu'il est couché. Ceci explique facilement pourquoi les vaches des nourrisseurs de Paris et des environs, qui ne sortent jamais de l'étable, y sont beaucoup plus exposées que les animaux de la même espèce que l'on envoie aux pâturages. On a cru remarquer aussi que dans les étables pavées, ces tumeurs étaient beaucoup plus fréquentes que dans celles qui ne le sont pas, et qu'on en voyait aussi une plus grande quantité chez les nourrisseurs qui font peu de litière à leurs vaches, que chez ceux où elles sont couchées plus mollement. En un mot, je crois que ces kystes sont de véritables hydropisies des bourses muqueuses accidentelles sous-cutanées, ressemblent tout-à-fait par leur nature, leur siège, leur mode de formation et d'accroissement, à celles qui se forment aux genoux des blanchisseuses, des religieuses, des ramoneurs, et autres personnes chez lesquelles les genoux sont soumis à des frottements répétés.

Atrophie des circonvolutions cérébrales de l'hémisphère gauche, épanchement de sang dans la cavité de l'arachnoïde, observés chez une malade hémiplegique et scorbutique. — Observation recueillie par M. NIVET, interne à la Salpêtrière.

Le 21 mars 1835, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière la nommée Calmus, âgée de soixante-neuf ans.

Cette femme, d'origine allemande, couchée au n° 24 de la salle Saint-Vincent, a commencé à être réglée à seize ans; la menstruation a cessé à quarante-deux ans.

Elle a eu quatre enfants, dont deux sont morts en naissant, les deux autres sont vivants; l'un d'eux a été fou pendant quelque temps; à la suite d'une maladie qu'elle a essuyée, à quarante-deux ans, époque de la cessation des règles, cette femme a éprouvé pour la première fois un accès d'épilepsie consistant dans une perte complète de connaissance, sans mouvements convulsifs bien marqués; ces attaques, qui revenaient tous les six mois à peu près, ne duraient que quelques minutes.

A la suite d'un traitement par le nitrate d'argent, prescrit à l'hôpital Saint-Louis et qui a duré trois mois, la peau de cette malade a pris une teinte gris bleue sans que la malade ait éprouvé aucun trouble fonctionnel à cette époque; depuis lors la teinte bronzée de la peau a un peu diminué.

Du reste le traitement n'a déterminé aucun changement dans l'ordre et la durée des attaques. Cette femme quitta l'hôpital Saint-Louis après y être restée huit mois, et elle rentra chez ses parents, où elle a vécu jusqu'au mois de juillet 1829. A cette époque, elle fut reçue à la Salpêtrière, dans la division des épileptiques.

Il y a deux ans cette malade entra dans le service de chirurgie, pour des douleurs très-vives qu'elle éprouvait

dans le pied droit, au niveau du premier métatarsien.

Elle raconte que peu de temps auparavant, elle avait reçu sur la partie malade, un violent coup de sabot qui lui avait été donné par une autre épileptique.

A l'époque de son entrée, il s'était développé une violente inflammation dans toute la partie interne du pied, et M. Lallement pratiqua deux larges incisions, l'une à la face dorsale, l'autre à la face plantaire. Trois mois après, la malade sortit guérie des salles de chirurgie.

Au bout d'un an à peu près, sans cause connue, cette femme commença à ressentir des douleurs au même endroit, un nouvel engorgement inflammatoire moins considérable se développa, et fut suivi de la formation d'un abcès qui s'ouvrit spontanément sur la face dorsale du pied, en arrière de la première articulation métatarso-phalangienne.

La malade entra le 21 mars 1835 dans le service de M. Bérard jeune; à l'aide d'un stylet introduit dans le trajet fistuleux, on constata un décollement assez étendu de la peau, une dénudation avec ramollissement du premier métatarsien; on ne sentait point de parties mobiles; la plaie n'avait donné issue à aucun fragment osseux; on diagnostiqua une carie du premier métatarsien.

Des contr'ouvertures furent faites, et peu de temps après on introduisit dans le trajet fistuleux des morceaux de racine de gentiane; plus tard on eut recours à des pédiluves alcalins; mais un érysipèle survenu autour des parties malades, fit suspendre l'usage de ce dernier moyen.

Plus tard, le séton fut employé sans plus de succès; on proposa alors à la malade l'amputation du premier métatarsien, mais elle s'opposa à cette opération.

Les détails qui précèdent nous ont été communiqués par M. Gallé, l'un des membres de cette Société, qui a observé cette malade pendant l'année 1835.

Au mois de janvier 1836, nous avons trouvé madame

Calmus dans l'état précédent; il n'existe aucun trouble de la digestion, de la respiration, ni de la circulation.

Elle affirme qu'elle n'éprouve pas de céphalalgie; le côté droit est un peu plus faible que le gauche; elle parle avec difficulté, mais elle parait bien comprendre ce qu'on lui dit. On remarque sur la région dorsale du pied droit, dans le premier espace interosseux, à un demi-pouce au devant de l'articulation tarso-métatarsienne, une ouverture fistuleuse, étroite, à bords renversés et saillants, et donnant issue à une petite quantité de sérosité terne et grisâtre. L'extrémité antérieure du premier métatarsien parait gonflée; les tissus environnants paraissent engorgés; en introduisant un stylet, on sent des portions osseuses friables, qu'il est facile de briser, et qui donnent une sensation de crépitation.

Le pied est le siège de douleurs vives; ces douleurs ont encore augmenté pendant la durée de l'affection scorbutique dont la malade a été atteinte plus tard; vers le milieu de janvier, les gencives devinrent douloureuses, saignantes, elles étaient molles, fongueuses, injectées; il se manifesta en même temps, des ecchymoses sur les membres pelviens, qui furent précédées de douleurs vives dans les parties où elles siégeaient.

La première tache, très-étendue, occupait la partie interne du genou gauche; on appliqua sur ce point des cataplasmes arrosés avec un mélange d'eau végéto-minérale et de laudanum.

On prescrivit à l'intérieur le vin antiscorbutique, une tisane amère et un régime nourrissant. Cette ecchymose a parcouru ses différentes périodes avec une grande lenteur, puisqu'elle n'était pas complètement résorbée à l'époque de la mort; du reste elle a offert les nuances de coloration ordinaire, les bords offraient quelques jours après l'apparition une couleur jaune, tandis que les parties moins excentriques avaient une couleur verdâtre, et le centre était

bleu. Dans les premiers jours de février, une douleur vive se manifesta dans le coude-pied gauche, et le lendemain une ecchymose bleuâtre entourait l'articulation tibio-tarsienne. Le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré d'une petite quantité de sérosité autour des malléoles; le pied droit offrait également ce dernier phénomène; en examinant la cuisse gauche on s'aperçut que l'ecchymose supérieure s'étendait à toute sa partie interne.

Vers la fin de février, l'affection scorbutique parait en voie de guérison, mais la malade se plaint toujours d'éprouver des douleurs vives dans le pied droit; cependant l'ouverture de la fistule n'a pas paru modifiée par le scorbut.

A cette époque, la malade éprouva un léger vertige épileptique, à la suite duquel, l'hémiplégie droite devint un peu plus apparente. On a continué le traitement antiscorbutique.

Le 25 mars, il ne restait plus que quelques petites taches bleuâtres ou jaunâtres à la place qu'occupaient les vastes ecchymoses dont nous avons parlé.

Le soir, vers dix heures, sans avoir éprouvé ni perte de connaissance, ni céphalalgie, ni étourdissements, elle se plaignit d'éprouver des douleurs très-vives dans le tronc et les membres, elle était très-agitée.

Le 26 mars, à six heures du matin, les douleurs persistaient, l'hémiplégie avait considérablement augmenté, la malade pouvait à peine articuler quelques monosyllabes; une saignée fut faite, et on fit mettre des sinapismes aux jambes.

A neuf heures, le côté droit de la face est comme tuméfié, les muscles sont relâchés, la commissure de la bouche est plus rapprochée de la ligne médiane que du côté gauche, la langue a de la tendance à se porter à droite, la myotilité est complètement détruite dans les muscles qui meuvent l'avant-bras et la main du côté droit; les muscles de l'épaule du même côté sont contracturés. La myotilité

est diminuée dans le membre pelvien correspondant. Dans tout le côté droit du corps, la peau lorsqu'on la pince est bien moins sensible que du côté opposé; l'intelligence est tout-à-fait intacte; la malade paraît comprendre très-bien ce qu'on lui dit, elle affirme qu'elle n'éprouve pas de céphalalgie; la déglutition se fait avec beaucoup de difficulté, la respiration est gênée, le ventre est indolent.

Les pupilles sont également contractiles et contractées; le pouls est naturel pour la force et la fréquence.

Les bruits du cœur sont réguliers et ne présentent rien d'anormal.

Pas de toux, pas d'expectoration.

Prescription. — Lavement purgatif et sinapismes aux membres inférieures. Vin antiscorbutique $\mathfrak{z}$ jv.

Le 27, les douleurs ont cessé, la contracture a disparu, mais la paralysie du mouvement persiste. La malade est allée à la garde-robe et a uriné.

Le 28, même prescription, même état; douleurs au niveau des ecchymoses du coude-pied gauche et du premier métatarsien droit. On continue le vin antiscorbutique.

Le 2 avril, la langue est sèche, jaunâtre, les yeux chassieux, le pouls naturel pour la force, un peu fréquent (92). La respiration est gênée, mais peu fréquente; on entend à distance un râle trachéal assez bruyant, peu abondant.

Le bruit respiratoire s'entend bien en arrière; en avant, on entend du râle sibilant et muqueux à gauche et en haut; les côtés du thorax et le creux de l'aisselle n'ont pas été examinés, parce que la malade ne veut pas se prêter à cet examen.

Le pouls est fréquent, des douleurs vives occupent la jambe droite, qui est plus froide que celle du côté opposé; le bras du même côté est toujours dans le même état.

Pendant la nuit cette femme a été prise d'une diarrhée abondante.

T. pectorale s. de gomme. Julep. { Kermes gr. ij.
 Sinapismes aux jambes. { Sirop diacode ℥j.

Le 3 et le 4, elle est à peu près dans le même état, la diarrhée a un peu diminué.

Le 5, la faiblesse générale est très-grande; elle ne parle plus, le râle trachéal est plus abondant, les narines sont pulvérulentes, la langue sèche et brunâtre, le pouls fréquent et faible, même état du reste.

Mort à 11 heures, le 5 février.

L'autopsie a été faite le 6 avril, à 11 heures du matin.

Les taches scorbutiques ont presque complètement disparu; cependant le tissu cellulaire sous-cutané, qui environne l'articulation du genou gauche, est induré et pénétré d'une petite quantité de sang.

On observe les mêmes altérations dans le tissu cellulo-adipeux qui existe autour de l'articulation tibio-tarsienne gauche; les muscles placés au-dessous ne paraissent nullement altérés.

Dans le premier espace inter-osseux existe un trajet fistuleux qui s'ouvre sur le dos du pied, à un demi-pouce environ au-devant de la première articulation tarso-métatarsienne du côté droit; la face externe du premier métatarsien est dénudée, et forme la paroi interne de la fistule qui se dirige obliquement en bas et en avant, et aboutit dans une excavation creusée en partie sur la face inférieure de l'extrémité antérieure de l'os précédemment nommé; autour de cette excavation, en dehors et en avant, on voit des productions osseuses stalactiformes, tandis qu'en dedans, on trouve une échancrure qui se continue avec le canal fistuleux.

L'excavation est remplie par des pseudo-membranes rougeâtres, au milieu desquelles on rencontre plusieurs fragments osseux friables qui, après avoir été lavés, étaient d'une couleur grisâtre et formés par du tissu spongieux.

La voûte osseuse de l'excavation est dure et se trouve tapissée par un tissu analogue à celui des concrétions stalactiformes.

Au centre des pseudo-membranes, on trouve une petite quantité de pus liquide et rougeâtre.

Nous ne ferons que rappeler ici la coloration bleue des téguments; le tube digestif offrait une couleur bleuâtre encore plus foncée, et les plexus choroïdiens offraient une teinte gris-bleu foncé tout-à-fait analogue à celle des tissus animaux plongés dans le nitrate d'argent et exposés ensuite à une vive lumière.

Tête. — Il existe une hyperostose circonscrite un peu au-dessus de la bosse frontale gauche, faisant à la surface extérieure du crâne une saillie d'une ligne et demie, environ; sa surface égale à peu près celle d'une pièce de trois francs.

L'épaisseur de la partie antérieure et supérieure de la boîte osseuse du crâne est considérable; elle atteint dans quelques endroits quatre à cinq lignes.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré d'une très-grande quantité de sérosité; il nous a semblé aussi qu'une portion de ce liquide existait dans la cavité de l'arachnoïde, au niveau d'une dépression du cerveau dont nous parlerons tout-à-l'heure. Toute la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau est couverte d'une couche mince de sang coagulé, ayant la forme d'une pseudo-membrane. Cette lame n'a pas plus d'une demi-ligne d'épaisseur, sa couleur est rouge de sang.

On trouve aussi quelques taches rouges sur l'arachnoïde pariétale; il est facile de les faire disparaître en l'essuyant.

Le lobe gauche du cerveau est moins volumineux que le droit; en arrière, sur le tiers postérieur de la convexité du lobe postérieur, on remarque une dépression remplie par de la sérosité avant l'ouverture du crâne. Au niveau de cette dépression, les circonvolutions cérébrales sont considérablement atrophiées. Leur épaisseur est d'une ligne à une ligne et demie; la substance grise paraît un peu ramollie; on en enlève quelques lambeaux en détachant la pie-mère.

Si l'on ajoute que la partie postérieure du ventricule la-

téral gauche et la cavité ancyroïde sont distendus par une assez grande quantité de sérosité, on aura une idée de la minceur de la paroi supérieure et postérieure des ventricules latéraux et de l'atrophie du lobe postérieur du cerveau.

La couleur du cerveau ne présente rien de particulier. Cependant, les circonvolutions atrophiées offrent une teinte un peu plus foncée.

Le bulbe rachidien, la protubérance et ses pédoncules paraissent un peu moins volumineux que dans l'état ordinaire; cette atrophie est plus évidente pour le lobe droit du cervelet. Nous avons déjà parlé de la coloration des plexus choroïdes.

Le trou de Botal n'est pas complètement fermé. Les oreillettes sont distendues par deux volumineux caillots noirâtres, recouverts par une couche mince, comme pseudo-membraneuse, d'un rouge plus clair que le centre du caillot.

Le sommet du poumon est hépatisé au second degré; son tissu est friable, pénétré d'une grande quantité de sérosité rougeâtre (pneumonie-œdémateuse). La surface de tout le lobe supérieur du poumon est couverte d'une couche mince de pseudo-membranes. Quelques cuillerées de sérosité jaunâtre existent dans la cavité pleurétique du même côté. Le poumon gauche est sain.

On trouve à la partie supérieure de la rate, une petite rate surnuméraire, du volume d'une noix, tenant à l'autre par un lien celluleux.

Le gros intestin est la seule partie du tube digestif qui paraisse altérée. La membrane muqueuse est d'un rouge foncé, épaissie et un peu ramollie.

On a trouvé à l'autopsie une altération du premier métatarsien qui paraît être une nécrose.

Si les renseignements donnés par M. Callé sont exacts, si à l'époque de l'examen, le métatarsien était ramolli, et ne présentait pas de parties mobiles, on sera porté à croire

qu'à l'époque du premier examen, il y avait carie, et que cette maladie se serait terminée plus tard par nécrose.

L'inefficacité des contr'ouvertures, du séton, vient encore à l'appui de cette opinion.

Il m'a été impossible de découvrir des traces d'argent dans les plexus choroides, probablement parce qu'il en existait une quantité trop minime.

Abcès symptomatique d'une lésion de la colonne lombaire ; lésions de l'articulation coxo-fémorale. Mort. — Observation recueillie par M. ESTÉVENET, interne à l'hôpital de la Charité.

Le nommé Sudre, âgé de vingt-huit ans, né en Auvergne, exerce à Paris depuis l'âge de dix-sept ans l'état de portefaix, qu'il a été obligé de suspendre pendant six ans, pour remplir son temps de service militaire. La constitution de cet individu n'est guère en rapport avec le métier pénible qu'il exerce; en effet, il est grêle, de petite taille, assez maigre, d'un tempérament bilieux, à peau assez blanche, mais abondamment couverte de poils très-noirs. Interrogé avec soin dans le but de savoir si dans sa jeunesse il a eu des maladies vénériennes, scrofuleuses ou rhumatismales, s'il a abusé du coït ou de la masturbation, s'il a habité des lieux humides, s'il a reçu sur la partie malade quelque contusion, il répond négativement à toutes ces questions. Il dit aussi s'être toujours bien porté jusque vers le printemps de 1855.

Neuf mois en effet avant son entrée à l'hôpital de la Charité, il a commencé à sentir quelques douleurs dans la région lombaire de la colonne vertébrale et dans la région du sacrum. Ces douleurs sourdes, profondes et fixes dans leur principe, ont paru s'irradier dans presque toutes

les parties du corps, et ont fini par se localiser aux articulations qu'elles ont suivies presque toutes en s'accompagnant de tous les caractères du rhumatisme articulaire, moins le gonflement, qui n'a jamais existé. Forcé de suspendre son travail habituel, ce malade a été obligé de ne se livrer qu'à des occupations peu pénibles, et, sans cesse tourmenté par la pensée de son mal, il a consulté une foule de médecins et de charlatans, et employé une grande quantité de médicaments; son mal n'a cessé de faire des progrès; ses douleurs lombaires, masquées par celles des autres parties du corps, ont néanmoins persisté. Vers le mois d'octobre, il a commencé à sentir des douleurs dans le voisinage du grand trochanter; un mois après, il s'est aperçu du développement, en cet endroit, d'une tumeur assez indolente, sans changement de couleur à la peau, qui s'est accrue graduellement, et qui a déterminé le malade à entrer à l'hôpital de la Charité le 12 janvier 1856.

Quelques jours après son entrée, il a été donné à M. le professeur Sanson pour sa deuxième leçon du concours pour la chaire de clinique chirurgicale, et voici dans quel état il a été trouvé. Sa santé générale et sa constitution ne sont pas altérées; il dit seulement avoir un peu maigri; les viscères thoraciques et abdominaux paraissent en bon état. La maladie principale consiste en une tumeur de la partie supérieure de la cuisse gauche, se présentant avec les caractères que je vais indiquer. Elle occupe la moitié inférieure de la région fessière et le tiers supérieur de la face externe de la cuisse; elle est molle, fluctuante, ressemble à une vaste poche à minces parois, contenant un liquide; une sorte de bride tendue du grand trochanter au tiers supérieur de la face postérieure de la cuisse, la sépare en deux bosselures, communiquant manifestement entre elles; on fait passer le liquide de l'une à l'autre, et par moment ce passage donne à la main la sensation d'un bruissement particulier. La portion interne de la racine de la cuisse est tuméfiée, mais sans fluctuation sen-

sible et sans empâtement; cependant les muscles sont soulevés, et la pression qu'on exerce sur eux fait augmenter le volume de la tumeur située en dehors. L'exploration du bassin, à travers la paroi abdominale et par le rectum, ne fit sentir la présence d'aucune tumeur et d'aucun empâtement; cependant j'ai pu constater même dès le principe, que la tumeur de la cuisse augmentait de volume lorsque le malade était debout, et que les efforts de toux y produisaient un mouvement d'ondulation qu'il était facile de sentir à la main.

La présence des douleurs lombaires et leur persistance portèrent M. Sanson à considérer l'abcès de la cuisse comme symptomatique d'une lésion de la colonne vertébro-sacrée; l'absence d'engorgement dans la fosse iliaque interne et dans la région inguinale lui fit penser que le pus n'avait pas suivi cette voie; mais ne trouvant aucune trace d'un trajet purulent au-dessus de la crête iliaque, il dut nécessairement penser que le liquide provenait d'une maladie de l'articulation sacro-iliaque en arrière, qu'il s'était glissé au-dessous du muscle grand-fessier, et avait déterminé au-dessous de son bord inférieur, la vaste collection.

Telle fut l'opinion bien motivée sans doute de M. Sanson, mais elle ne fut pas complètement partagée par M. Velpeau; et voici les motifs dont il appuya une opinion différente, qu'il donna, il faut le dire, comme une conjecture: après avoir recherché le canal que le bassin devait avoir fourni au liquide, soit en dedans, soit en dehors, et n'avoir trouvé nulle part aucun vestige de son trajet, il douta que la lésion du bassin ou de la colonne vertébrale en fussent le point de départ; se rappelant en outre que ce malade avait souffert pendant plusieurs mois d'une affection rhumatismale, qu'ensuite une douleur s'était fixée au niveau du grand trochanter, il se demanda s'il n'était pas possible d'admettre que le pus eût été fourni uniquement par une lésion du fémur. Préoccupé de cette idée, il dut songer à vider le foyer.

En ce moment, M. Velpeau s'occupe d'expériences sur les larges vésicatoires dont il a déjà retiré de bons effets dans un certain nombre de maladies, et en particulier dans les inflammations suppuratives et les abcès. Il soumit ce malade à l'emploi de très-larges vésicatoires. — Le premier fut appliqué le 28 janvier; il avait douze pouces de long et dix de large, embrassait la totalité de la tumeur. Le lendemain celle-ci parut affaissée, mais non diminuée, ce que prouva la mensuration exacte.

Le 6 février, un second vésicatoire d'un tiers plus grand. Le soir, accidents assez inquiétants, douleurs vives dans le côté droit de la poitrine; face pâle, grippée, pouls petit, douleurs dans les régions lombaires et vésicales, difficulté d'uriner. J'enlevai le vésicatoire et le couvris d'un linge enduit de cérat et saupoudré de camphre; le lendemain tous les accidents avaient disparu. — Deux jours après, la surface dénudée se recouvrit d'épiderme, et on trouva une diminution de deux pouces en circonférence et d'un pouce en hauteur.

Jusqu'au 18 février la poche ne fit qu'augmenter de volume; on appliqua un troisième vésicatoire, mais sans produire aucune diminution.

Le 24, la collection purulente formait une vaste poche étendue du muscle grand-fessier à trois ou quatre pouces du condyle externe du fémur, et dans son plus grand diamètre, elle donnait à la cuisse une circonférence de vingt-un pouces. Indépendamment de ces accidents locaux, d'autres sont survenus. Le malade a commencé à tousser, la voix s'est enrrouée, des sueurs nocturnes ont apparu, les régions claviculaires donnent un son moins clair, et la respiration est faible à leur niveau. Les vésicatoires ayant échoué, pour évacuer la collection de liquide, M. Velpeau lui donne issue au moyen d'une ponction faite avec un trois-quart délié. Il sort environ deux litres d'un liquide séro-purulent qui ne forme pas la totalité de celui que contenait le foyer.

Un bandage compressif est ensuite appliqué autour du membre.

7 mars. Il n'est survenu aucun accident particulier, mais le malade maigrit. Les sueurs et le dévoisement continuent, et la poche a presque repris son volume primitif; une seconde ponction est faite au moyen d'un bistouri à lame étroite, et donne issue à une quantité presque aussi grande de pus de même nature.

14. La poche se remplit de nouveau. Le malade continue de s'affaiblir. Cependant il n'y a point de fièvre ni de signes d'inflammation du foyer. Mais une mort prochaine paraît inévitable. M. Velpeau essaie encore d'un moyen qui, si la maladie était circonscrite au fémur, pourrait avoir quelques chances de succès: il fait sur le foyer des incisions longues et nombreuses pour en mettre toutes les parties à découvert; le doigt introduit par l'une des plaies nouvellement faites, arriva sur une portion dénudée du fémur, et sentit cette dénudation au-dessus et au-dessous du petit trochanter. Cette découverte confirma M. Velpeau dans l'opinion que la lésion du fémur était la cause du mal.

Mais la fièvre et les frissons survinrent. Le malade fut pris de délire, de mouvements désordonnés dans les membres supérieurs; il perdit entièrement les facultés intellectuelles et sensoriales; ses yeux étaient ouverts et immobiles, ses mains étaient sans cesse occupées à saisir et à attirer les couvertures du lit, enfin la résolution complète et le coma survinrent, et la mort les suivit le 19, à trois heures du matin.

Autopsie. L'arachnoïde, dans la portion qui recouvre le polygone de la base du cerveau et la face inférieure du cervelet, présente une coloration gris-verdâtre; au-dessous d'elle, dans toute cette étendue, existe du pus infiltré dans le tissu de la pie-mère. — Le sommet des deux pommions est farci de tubercules miliaires; du côté droit existent quelques cavernes. — Le foie est très-volumineux et gras.

Voici quelles sont les altérations de la cuisse et de la partie inférieure du tronc. Le fibro-cartilage qui sépare la troisième vertèbre lombaire de la quatrième était entièrement détruit; la portion de substance spongieuse des surfaces correspondantes du corps des deux vertèbres voisines était convertie en substance compacte d'un blanc jaunâtre; la circonférence de ces faces était en partie détruite et offrait tous les caractères de la carie; à travers le muscle grand psoas, le pus s'était créé un canal musculaire qui n'avait suivi le trajet d'aucun nerf. Le muscle examiné à l'extérieur ne semblait point malade. Au niveau de l'éminence iléo-pectinée, le canal cessait d'être creusé dans l'épaisseur du muscle, mais il existait entre son tendon et l'os; dans cette partie de son trajet, il communiquait largement avec l'articulation; il se continuait au-devant du col du fémur; le liquide avait disséqué le muscle carré de la cuisse, s'était porté au-dessous des attaches fémorales du pectiné et des premier et second adducteurs, avait séparé le muscle triceps fémoral de tous les autres muscles qui sont en rapport avec lui vers la partie supérieure et postérieure de la cuisse, s'était surtout porté en dehors, entre le vaste externe et l'aponévrose et son muscle tenseur, et là, s'était creusé une vaste poche qui comprenait presque tout le pourtour de la cuisse, remontait jusqu'au milieu de la fosse iliaque externe, entre le grand et le moyen fessier, et descendait jusqu'à trois pouces du condyle externe du fémur. — Partout où les parois du foyer étaient constituées par des os, ceux-ci étaient dénudés; il existait une dénudation sur le col du fémur au-dessus et au-dessous du petit trochanter. Mais c'est l'articulation qui présentait l'altération la plus remarquable; la capsule était largement ouverte en avant, où elle communiquait avec le foyer. Le cartilage qui revêt les deux surfaces osseuses était complètement détruit. Le ligament rond n'existait plus, la cavité de l'articulation contenait une cuillerée d'un liquide noirâtre fétide.

J'ai décrit l'altération en suivant la marche que je pré-

sume avoir été suivie par la maladie; j'ai à ajouter que je considère la maladie du fibro-cartilage inter-vertébral comme le point de départ de toutes les autres lésions, même de celle des autres os. Je pense que le pus, après être arrivé au niveau du point de réflexion du psoas, s'est ouvert dans la bourse muqueuse qui facilite son glissement sur les os; que chez ce sujet, cette bourse communiquait, comme cela arrive assez souvent, avec l'articulation; que par suite de cette disposition anatomique, le pus s'est trouvé en rapport avec les surfaces articulaires, et a produit sur elles les mêmes désordres que sur le fémur, c'est-à-dire la dénudation des os. Mais à quelle époque remonte cette altération? voilà une question importante. La destruction du cartilage articulaire et celle du ligament rond ont nécessité un temps assez long pour s'opérer. Mais ce n'est que cinq jours avant la mort que le foyer a été mis librement en contact avec l'air. Il est vrai que le 24 février, c'est-à-dire vingt-cinq jours avant la mort, une première ponction avait été pratiquée; mais de la première à la seconde, qui a été pratiquée douze jours après, le pus n'a point changé de nature; il n'a pas changé non plus jusqu'au moment où les grandes incisions ont été pratiquées. Jusqu'à ce moment, il n'est survenu aucun accident grave. Ainsi donc il n'a pas été nécessaire que le pus ait changé de nature pour exercer son action délétère sur les os et les cartilages. Enfin, on ne peut pas dire que la dénudation se soit opérée depuis l'introduction de l'air dans le foyer, puisque au moment même où celui-ci a été largement ouvert, j'ai pu sentir avec le doigt une dénudation au-dessous et au-dessus du petit trochanter.

Cette observation donne lieu à soulever une autre question relative à l'étiologie de la maladie. Si l'on se rappelle que ce malade a, depuis l'origine de ses douleurs lombaires, eu une affection rhumatismale qui s'est long-temps prolongée, on pourra facilement admettre le rhumatisme comme cause de la maladie du rachis; on y sera d'autant plus autorisé que

c'est la portion fibreuse qui est surtout affectée, et il me semble que l'analogie de structure des articulations inter-vertébrales avec les autres articulations mobiles, doit impliquer l'analogie de leurs maladies. S'il est vrai, comme on a cherché à le démontrer, que le centre du fibro-cartilage inter-vertébral soit creusé d'une petite cavité tapissée d'une membrane séreuse et remplie d'un liquide, comme cela existe d'une manière si manifeste dans les espaces inter-vertébraux de la vertèbre bicône des poissons, l'articulation du corps des vertèbres est une diarthrose et sujette au rhumatisme comme les autres articulations diarthrodiales.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 11 (3^e SÉRIE) — (Juillet 1836).

PAR MM. VALLEIX, MARROTTE, CAZALIS, DEMONVILLIERS,
NIVET ET DIDAY.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Mai et de Juin 1836.

1. Soudure des vertèbres, ossification des cartilages des côtes. — 2. Absence de la moitié externe de la tête du premier métacarpien. — 3. Fracture et luxation de la sixième vertèbre cervicale. — 4. Disposition anormale des artères carotides chez une femme rachitique. — 5. Absence complète de substance cérébrale dans le septum transversum. — 6. Pseudo-membrane dans l'arachnoïde. — 7. Corne sur le nez d'un mouton. — 8. Elipsoïde entre le péricrâne et les muscles épicrotiens. — 9. Perforation du cartilage thyroïde. — 10. Asphyxie causée par un corps étranger dans l'œsophage. — 11. Injection et ecchymoses de l'estomac, chez un sujet mort de fièvre typhoïde. — 12. Rétrécissement et perforation du gros intestin. — 13. Chute du rectum. — 14. Hémorrhagie utérine qui a causé la mort trois semaines après l'accouchement. — Nominations pendant le mois.

1. M. Pigné fait voir un grand nombre de soudures osseuses de vertèbres trouvées chez des vieillards, soit dans des autopsies, soit dans les exhumations. Ces soudures se font, tantôt par une ossification du fibre-cartilage, tantôt, mais plus rarement, par des jetées osseuses. La réunion des corps des vertèbres est fréquente; celle des apophyses articulaires l'est moins, et celle du canal vertébral sa totalité est très-rare. M. Pigné présente un cas de cette dernière espèce. Il a fréquemment rencontré la soudure de la deuxième et troisième vertèbre chez les vieillards; sur soixante cas il a eu occasion de la noter au moins dix fois.

Le même membre présente deux côtes d'un homme de 38 ans, sur lesquelles on voit deux jetées osseuses qui, de l'extrémité sternale de l'une, se rendent, en longeant le bord supérieur et le bord inférieur de son cartilage, jusqu'au sternum.

M. Chassaignac pense que parmi les ossifications des vertèbres présentées par M. Pigné, il en est quelques-unes qui ne reconnaissent pas pour seule cause la vieillesse ; ce sont celles qui se sont faites par jetées osseuses ; elles peuvent fort bien avoir été occasionnées par une maladie des os, dont elles sont un moyen de guérison, comme on le voit dans les luxations spontanées du fémur. M. Chassaignac appuie cette opinion sur l'examen d'une des vertèbres présentées ; cet os a un de ses côtés beaucoup moins élevé que l'autre, ce qui donne à sa face supérieure une inclinaison transversale très-sensible, de sorte qu'on peut croire qu'il a éprouvé quelque lésion.

2. M. Chassaignac présente un ponce qu'on peut fléchir en dehors, de manière à lui faire former un angle droit avec l'axe longitudinal du premier métacarpien. La cause de cette particularité se trouve dans l'absence de la moitié externe de la tête de ce dernier os, ce qui donne une très-grande obliquité à sa surface articulaire. Le cartilage étant un peu usé dans ce point, M. Chassaignac pense qu'il a existé une maladie de l'os, et que cette maladie a produit la disposition anormale.

3. M. Lebert fait voir une fracture avec luxation de la sixième vertèbre cervicale. Toute la masse épiphysaire a été séparée du corps de l'os ; une légère ecchymose se remarquait en avant et en arrière de la moelle dans le point correspondant ; et un ramollissement rouge de cet organe commençait un peu au-dessus de la sixième vertèbre, et s'étendait jusqu'à deux pouces au-dessous. Quelques petits caillots de sang se remarquaient au milieu de la substance ramollie. Une quantité de sang assez considérable était épanchée dans le canal rachidien, en dehors des membranes. Le malade a récupéré pendant quarante-huit heures conservant toute sa connaissance. Il n'a pas pu indiquer la cause précise de sa fracture. Il a rapporté qu'ayant reçu sur la tête un coup de balancier, il avait été renversé dans un trou, et qu'il ne pouvait se rappeler aucune autre circonstance. La tête n'était entraînée d'aucun côté.

4. M. Chassaignac montre une disposition anormale des artères carotides chez une femme rachitique. Il existe trois courbures latérales très-considérables de la colonne vertébrale. La première, à la région cervicale, a sa convexité à droite et en avant ; la seconde, à la région dorsale, a sa convexité à gauche ; et la troisième, à la région dorso-lombaire, a sa convexité à droite. La seconde courbure est tellement prononcée que les deux extrémités de l'arc sont à peine distants de huit pouces. Il résulte de la première courbure que la carotide primitive gauche n'a pas ses rapports ordinaires avec la colonne vertébrale. Le tubercule saillant de la sixième vertèbre cervicale, ou tubercule carotidien, dont M. Chassaignac a depuis long-temps signalé l'importance pratique, et qui doit se trouver en dehors de l'artère, comme cela a lieu du côté droit, se trouve en dedans d'elle au côté gauche. Chez le même sujet, il existe une hypertrophie partielle du corps thyroïde, avec dilatation des veines ; elle forme une tumeur arrondie qui remplit la concavité de la première courbure. Un des vaisseaux présente

un kyste séreux du volume d'un œuf de poule. On en a trouvé un autre très-petit dans l'ovaire du côté opposé.

5. M. Landouzy fait voir une absence complète de la substance blanche dans le septum lucidum trouvée sur un homme de quarante ans. La membrane séreuse des ventricules, qui est plus vasculaire qu'à l'ordinaire, forme seule cette cloison. Rien, pendant la vie, n'a signalé cette disposition anormale.

6. M. Collé met sous les yeux de la Société une fausse membrane, développée dans la cavité de l'arachnoïde, chez un homme âgé de trente ans et monomane depuis deux ans. Sa monomanie était celle que l'on a nommée *ambitieuse*. Pendant l'espace de ces deux années, il était sujet à des congestions cérébrales légères et fréquentes; en dernier lieu, il présentait des symptômes d'une paralysie générale peu avancée. Il mourut le 20 avril. Résultat de l'autopsie : L'incision de la dure-mère à la partie antérieure donne issue à deux ou trois cuillerées à café de sérosité citrine, qui s'échappe de la cavité arachnoïdienne. Après cet écoulement, on voit à travers l'incision de la dure-mère une membrane blanche, résistante, supportant la pression du doigt, et qui, adhérant dans une certaine étendue au feuillet arachnoïdien pariétal, circonscrivait une petite poche renfermant la sérosité qui s'est écoulée. Cette membrane, incisée à la partie antérieure, se laisse enlever facilement avec la dure-mère dont elle tapisse exactement tous les replis, se perdant insensiblement sur les deux côtés de la faux, sur la tente du cervelet, et à la base du crâne, où on la retrouve encore; mais elle y est moins épaisse et moins consistante qu'à la face externe et supérieure des hémisphères cérébraux, où elle a une épaisseur d'une ligne dans quelques points. Entre le feuillet arachnoïdien viscéral et cette fausse membrane, se trouvent de petits réservoirs de sérosité séparés et isolés par des adhérences molles et lâches entre la fausse membrane et le feuillet arachnoïdien cérébral. Placée entre l'œil et le jour, cette fausse membrane laisse voir dans son épaisseur une foule de petits vaisseaux sanguins, linéaires, qui, groupés et partant par rayons d'un centre commun pour diverger dans l'étendue de quelques lignes, représentent en quelque sorte le cercle vasculaire qu'on remarque sur la sclérotique dans l'*ophthalmie rhumatismale*. Aux lobes antérieurs, le feuillet viscéral arachnoïdien et la pie-mère adhèrent tellement à la substance grise, qu'on ne peut les enlever sans la détacher en même temps; cerveau, cervelet, protubérance, moelle parfaitement sains.

7. M. Maillet fait voir une production cornée développée sur le nez d'un mouton, et semblable à la corne d'un rhinocéros. Elle est formée de fibres longitudinales avec des renflements et des dépressions que M. Maillet croit pouvoir attribuer à des intermittences irrégulières dans la sécrétion anormale de la matière cornée. La base est creusée en cône; elle contenait une matière adhésive.

8. M. Chassagnac présente un lipôme développé entre le périoste

et les muscles épicroâniens dans le tissu cellulaire lâche qui les sépare. Les fibres musculaires sont très-distinctes sur la tumeur.

9. M. *Donné* fait voir une ulcération du larynx avec perforation du cartilage thyroïde, accompagnée d'un phlegmon qui s'est formé à la partie antérieure de cet organe, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et trouvée chez une malade âgée de cinquante-un ans, entrée le 18 juillet 1833 à l'hôpital de la Charité. A l'autopsie, les poumons ont été trouvés sains, sans apparence de tubercules ni d'aucune autre altération.

10. M. *Fleury* montre un cas d'asphyxie causé par un énorme morceau de bœuf bouilli, arrêté à l'entrée de l'œsophage, et fermant complètement l'ouverture du larynx. Le sujet de l'observation était entré à l'hôpital pour une hémorrhagie cérébrale, dont il était convalescent; il mangeait la demi-portion. L'asphyxie a été très-rapide; le morceau de viande a environ trois pouces de haut et deux pouces et demi d'épaisseur, il faisait saillie dans le pharynx, de sorte que si l'on était arrivé à temps, il eût été facile d'extraire ce corps étranger.

M. *Cazalis* rapporte à ce sujet qu'il a vu l'asphyxie produite chez un vieillard par une poignée de sel qu'il avait avalée précipitamment.

M. *Cruveilhier* a eu l'occasion de voir l'asphyxie produite chez des épileptiques qui avaient une attaque pendant le repas, et chez lesquels les aliments passaient dans la trachée.

11. M. *Tessier* montre l'estomac d'un sujet mort de fièvre typhoïde. On voit à sa surface interne des arborisations vasculaires très-nombreuses, et en outre des ecchymoses fort distinctes. Une rougeur vive et des ecchymoses semblables se remarquaient dans la pie-mère. Les glandes de Peyer commençaient à se développer et à rougir.

12. M. *Balme-Dugarray* met sous les yeux de la Société un rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'S iliaque du colon; le cours des matières fécales était nécessairement interrompu. L'intestin n'a pas dans ce point la grosseur du petit doigt; sa surface interne est en contact avec elle-même; on y voit, à la partie postérieure, la cicatrice d'une ancienne ulcération qui a une dureté squirrheuse. La partie du gros intestin supérieure au rétrécissement est fortement dilatée et contient une très-grande quantité de matières fécales; la partie inférieure, formée par le rectum, a une capacité un peu moins considérable qu'à l'état normal; on y voit des replis transversaux de la muqueuse semblables aux valvules conniventes. Il n'y a pas de perforation. Cet homme avait éprouvé, il y a trois ans, une inflammation du gros intestin; il était sujet à des dévoiements fréquents, suivis de constipation. Quand il est mort, il y avait dix-sept jours qu'il n'était allé à la selle. Les purgatifs n'avaient produit aucun effet; les convulsions ne se dessinaient pas à travers la paroi abdominale.

13. M. *Nelaton* présente une chute du rectum semblable à celle qu'il a déjà montrée à la Société. On voit clairement sur cette pièce, que la membrane muqueuse de l'intestin ne forme pas seule la tumeur, comme le plupart des auteurs l'ont avancé, mais que les trois aponévroses y partici-

pent. En effet, on ne voit pas entre la muqueuse du rectum voisine de l'anus et celle qui recouvre la tumeur, le sillon qui devrait exister si cette membrane seule était descendue; et si l'on porte le doigt dans le petit bassin, au-devant du rectum, on voit que la cavité péritonéale se prolonge jusque dans l'extrémité de la tumeur. Celle-ci est donc formée par les trois tuniques.

14. M. Baron met sous les yeux de la Société l'utérus d'une femme morte d'hémorrhagie trois semaines après l'accouchement. Cette femme était âgée de vingt-huit ans; la première hémorrhagie eut lieu trois ou quatre jours après l'accouchement, et il s'en produisit de nouvelles à différents intervalles jusqu'au jour de la mort. Les orifices des vaisseaux utérins sont très-distincts; l'organe n'a pas le double de son volume ordinaire.

M. Gariel a échangé son titre de membre-adjoint contre celui de titulaire, le 25 mai. — Ont été nommés membres-adjoints, M. Lafargue le 18 mai; M. Tanquérél Desplanches le 25 mai, et M. Daniel-Lacombe le 1^{er} juin.

Déformation de la trachée observée chez un cheval affecté de cornage. — Observation recueillie par M. LILLI, chef du cours d'équitation de l'école d'Alfort.

L'observation suivante a été recueillie sur un cheval attaché au cours d'équitation de l'école vétérinaire d'Alfort. Je crois utile de faire précéder les détails qu'elle comporte, par quelques considérations générales sur les maladies de ce cheval.

On désigne sous le nom de cornage ou de siffilage, en médecine vétérinaire, un symptôme de différentes affections des voies respiratoires, qui consiste dans un sifflement plus ou moins prononcé, ayant quelque analogie avec le râle sibilant, ou dans un bruit particulier comparable à celui que l'on produit en soufflant dans une corne. Les causes de ce sifflement se rattachent toutes à la difficulté de la respiration, et consistent le plus généralement dans le rétrécissement des premières parties des conduits aériers, produit soit par une déformation de ces conduits même, soit par

le développement de produits morbides dans leur intérieur. On a encore attribué ce bruit, dans certains cas où l'inspection anatomique ne fait reconnaître aucun obstacle sensible au libre passage de l'air, à une affection des filets qui se rendent aux muscles dilatateurs des narines. Je vais rapporter l'histoire de ce cheval aussi brièvement que possible.

Le cheval Abus, affecté de morve, appartenant au 12^e régiment de dragons, fut envoyé à l'école d'Alfort le 7 mai 1835, pour y servir aux exercices d'équitation et à des expériences sur la morve. A son arrivée il était vigoureux, plein d'ardeur, et faisait très-bien sa reprise de manège ordinaire, mais il ne pouvait soutenir les allures un peu précipitées sans faire entendre un bruit de cornage très-intense, et sans être essoufflé d'une manière extraordinaire.

J'examinai alors ce cheval, et je reconnus que sa trachée était aplatie dans toute sa longueur, depuis le larynx jusqu'à l'entrée de la poitrine, de telle sorte que son diamètre transversal était de quatre pouces à peu près, et que son diamètre antéro-postérieur n'était que de huit à neuf lignes. Ainsi se présentait la trachée lorsque le cheval avait la tête haute, lorsqu'il était en exercice ou lorsqu'il mangeait au râtelier; mais ses rapports changeaient dans les mouvements de flexion de l'encolure, quand l'animal mangeait dans l'auge, ou quand il mangeait à terre; alors son large diamètre devenait antéro-postérieur, et le bord inférieur de l'encolure ressemblait jusqu'à un certain point au fanon du bœuf. C'est surtout dans les mouvements de flexion, qu'il devenait facile d'apprécier la grande déformation de la trachée. Par le toucher de la trachée, dans une partie quelconque de son étendue, même sans exercer la moindre pression, on déterminait immédiatement une toux forte et bruyante, mais qui était rare pendant l'exercice. Au reste le cheval était gai, il mangeait bien, ses fonctions s'exerçaient normalement; pendant et après le travail, sa respiration était très-accelérée,

et elle l'était d'autant plus que l'action avait été plus long-temps soutenue, et que l'allure avait été plus précipitée.

Soumis pendant les vacances, depuis le 1^{er} septembre jusqu'au 1^{er} octobre, à un travail moins régulier et pas toujours en rapport avec les règles de l'hygiène et de l'équitation, le cheval ne tarda à se ressentir de l'influence funeste de ces exercices violents, et long-temps prolongés; et hors d'état de faire plus long-temps le service du manège, il fut à mon retour à l'école, désigné pour être sacrifié. A cette époque, la difficulté de la respiration ne se faisait pas seulement apercevoir pendant l'exercice, mais même pendant le repos à l'écurie, et j'ai plusieurs fois compté 40 à 50 respirations par minute; tandis qu'à l'état de santé et au repos, le nombre des respirations est ordinairement de 10 à 12. Le bruit de cornage qui autrefois n'existait que pendant le travail, se faisait entendre au repos à chaque inspiration, en même temps que l'air inspiré faisait fortement vibrer les ailes du nez, la trachée et les parois thoraciques. Les naseaux étaient largement dilatés; les inspirations étaient profondes et longues, et les expirations courtes. A l'auscultation, on entendait dans l'intérieur de la poitrine un sifflement très-fort à chaque temps d'élévation des côtes, et il était impossible de distinguer, pendant les inspirations, le murmure respiratoire. Pendant les expirations, ce murmure était très-faible et accompagné d'un râle muqueux très-fort, que l'on remarquait dans toute l'étendue de la poitrine.

Jusqu'au mois de décembre, la maladie suivit une marche régulièrement progressive. Le cornage et la dyspnée augmentèrent de plus en plus; l'animal ne fut sorti que rarement de l'écurie; ses membres s'engorgèrent, une infiltration séreuse envahit le fourreau et s'étendit bientôt jusqu'au sternum.

Dans la nuit du 3 au 4 décembre, incommodé par le bruit de cornage que l'on pouvait très-bien entendre à 50 ou 60 pas de la place de l'animal, M. le professeur Delafond

descendit dans l'écurie et pratiqua au cheval la trachéotomie; mais bien que l'ouverture de la trachée ne se trouvât qu'à 4 pouces de l'entrée de la cavité thoracique, le cornage ne fut par cette opération ni aboli ni diminué, ce qui fit soupçonner que la trachée était déformée bien avant dans la poitrine.

Au moment où l'opération fut pratiquée, la trachée se présentait par son petit diamètre, et M. Delafond m'assura le lendemain qu'il avait éprouvé beaucoup de difficulté à en inciser les parois, à cause de leur épaisseur et de leur densité aux angles résultant de leur aplatissement, et qu'au moment où il allait placer le tube à trachéotomie, l'ouverture extérieure ne communiquait plus avec l'ouverture de la trachée; sans doute qu'alors le cheval avait beaucoup relevé la tête, et que la trachée s'était présentée par son grand diamètre.

Un engorgement très-considérable suivit cette opération, et quoique l'ouverture de la trachée fût assez grande, et que le tube à trachéotomie fût aplati dans le sens même de la déformation de la trachée, il devenait excessivement difficile de l'introduire et de le maintenir dans cette ouverture, et son adaptation fut même impossible le 9 du même mois. Alors la plaie au milieu de cet engorgement avait pris un caractère ulcéreux; ses bords étaient renversés, sa surface saignait au moindre contact et était le siège d'une sécrétion abondante de pus séreux et sanguinolent répandant une odeur infecte. Par la toux, qui avait augmenté en même temps que la difficulté de la respiration, l'animal expulsa fréquemment, par l'ouverture de la trachée, des quantités considérables de matière grisâtre, sanieuse et également infecte.

Ce cheval était, comme je l'ai dit, destiné à être sacrifié; je cherchai le 12 décembre à le faire mourir par asphyxie, et dans ce but j'introduisis dans l'ouverture de la trachée un morceau de bois un peu conique et présentant

à sa base un diamètre d'un ponce et demi. Ce fut sans résultat, car ne pouvant par ce moyen obstruer complètement le canal de la trachée, l'air passa assez facilement à côté et par les naseaux. Alors je tentai de l'asphyxier en lui injectant dans les bronches une grande quantité d'eau, à l'aide d'une seringue à lavements de la capacité de deux litres à peu près. A cinq reprises différentes, et en ne mettant d'intervalle que le temps nécessaire pour remplir l'instrument, j'injectai dans les bronches de l'eau froide à 3°, en quantité équivalant à 10 ou 12 litres.

Ces injections eurent pour effet de déterminer d'abord de fortes quintes de toux, par lesquelles une grande partie du liquide mêlé à beaucoup de pus fut rejeté au dehors, tant par l'ouverture résultant de la trachéotomie que par les naseaux et par la bouche, puis d'accélérer la respiration, au point que 10 minutes après ces injections je comptais 75 respirations par minute, enfin de déterminer des tremblements généraux et de faire disparaître le bruit de cornage. Mais au bout d'une heure, tous ces symptômes avaient disparu, et l'animal se trouvait à peu près dans le même état qu'avant l'injection; seulement sa respiration était plus libre et le bruit de cornage était moins fort, ce qui s'explique d'ailleurs très-bien par l'expulsion des mucosités purulentes avec le liquide injecté.

Étonné des résultats de cette première injection, j'appris de quelques personnes auxquelles je les avais communiqués, qu'un célèbre vétérinaire, Gohier, avait consigné dans ses mémoires des résultats identiques obtenus sous ses yeux à l'École de Lyon; désirant savoir si mes expériences seraient en tout semblables à celles de ce professeur, je résolus de continuer ces injections. Le 14, je fis de nouvelles injections dans les bronches, mais je pris de l'eau chaude à 35°; la quantité était encore de 10 à 12 litres. Elles eurent pour effet de faire tousser l'animal, mais beaucoup moins que les premières injections d'eau froide, de faire développer au

bout de 10 minutes, des sueurs très-abondantes et des tremblements généraux qui durèrent à peu près une heure, de provoquer une sécrétion abondante d'une urine claire et incolore, et de faire cesser presque entièrement le bruit de cornage.

Le 15, nouvelle injection de 12 litres d'eau chaude à 35°, et un quart d'heure après, d'une égale quantité d'eau froide à 2°. Les effets étaient les mêmes que la veille.

Le 16, je fis sortir le cheval. Il tomba de faiblesse à l'entrée de l'écurie, sa respiration était suffocante, et ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il parvint à se relever.

Le 17, injection de 12 litres d'eau chaude à 75°, qui provoquaient de fortes et douloureuses quintes de toux, des tremblements généraux long-temps prolongés et des sueurs très-abondantes. Une heure après ces injections, afin de constater l'état du sang, je pratiquai à la jugulaire droite une petite saignée d'une livre. Une partie du sang recueillie dans l'éprouvette de l'hématomètre se coagula assez rapidement, et fournit un tiers de sérum de plus que le sang d'un autre cheval morveux.

Le 18, je fis une injection d'un demi-litre de vinaigre chaud à 60°, qui suscita une toux excessivement forte et pénible, accompagnée de l'expulsion de beaucoup de mucosités purulentes, tant par l'ouverture de la trachée que par les naseaux et par la bouche, et qui fut suivie d'une dyspnée suffocante qui dura jusqu'au soir.

Le 26, le cheval ne peut plus manger que par terre; il mange à peine le quart de sa ration de paille et de foin et pas du tout d'avoine. Son bruit de cornage est moins fort; mais la toux est très-fréquente et accompagnée de l'expulsion d'une grande quantité de matières purulentes d'une odeur infecte. Les battements du cœur sont petits et durs, les pulsations sont faibles, petites et rapides, 58 par minutes. L'animal maigrit beaucoup.

Jusqu'au 7 janvier 1836, le cheval est resté à peu près

dans le même état; aucune nouvelle injection n'avait été faite depuis le 18 décembre. Je résolus alors de le faire mourir par l'introduction de l'air dans le sang; j'ouvris à cet effet la jugulaire gauche, j'introduisis dans ce vaisseau un tuyau de plume et j'y insufflai l'air de trois inspirations. Au bout de la troisième insufflation le cheval tomba, et mourut peu d'instants après.

A l'autopsie, faite deux heures après la mort, les organes abdominaux ne présentaient aucune lésion morbide. Dans la poitrine, le cœur et les gros vaisseaux veineux étaient remplis de sang noir, mousseux; et comme battu avec de l'air. Les poumons étaient sains dans une grande partie de leur étendue; tout le long de leur bord dorsal ils présentaient beaucoup de tubercules miliaires et pisiformes à l'état de crudité et à l'état de ramollissement, et leur extrémité antérieure dans l'étendue de deux ou trois pouces autour des premières divisions bronchiques, était le siège d'une induration blanche. En incisant le tissu en différents sens, je fis sortir des tuyaux bronchiques une grande quantité de pus blanc et crémeux, mais je n'ai pu reconnaître aucune trace d'inflammation sur la muqueuse des bronches.

D'après les symptômes observés pendant la vie de l'animal, les principales altérations devaient se trouver dans la trachée. Ce conduit en effet, dans toute son étendue, depuis le premier jusqu'au dernier cerceau, était aplati d'avant en arrière, et cet aplatissement était surtout remarquable dans le milieu de sa longueur. Tous les cerceaux, à l'exception du premier et du dernier, étaient ouverts à leur face postérieure, et leurs extrémités étaient plus ou moins écartées l'une de l'autre; leur face antérieure, au lieu d'être convexe, était plane et même concave dans ceux qui étaient le plus déformés. Sur cette face, on reconnut dans les neuf cerceaux, une espèce de crête longitudinale qui semblait provenir d'une ancienne fracture. La paroi posté-

rière de la trachée n'était formée que par la membrane muqueuse et par la membrane charnue; cette dernière, extraordinairement développée, avait dans sa partie médiane une largeur de quatre pouces, et formait avec les extrémités des cerceaux une vaste gouttière dans laquelle était logé l'œsophage. Vers son tiers supérieur, un peu au-dessus de l'endroit où avait été pratiquée la trachéotomie, là où la face antérieure des cerceaux était concave, les parois antérieure et postérieure, dans leur ligne médiane, étaient tout-à-fait accolées l'une contre l'autre, et il ne restait pour le passage de l'air qu'un très-petit conduit de chaque côté du plan médian. Deux cerceaux qui avaient été atteints lors de la trachéotomie étaient le siège d'une lésion profonde; on y voyait le tissu cartilagineux rougeâtre, ramolli et ayant une odeur infecte. Une induration squirrheuse dans l'étendue de deux pouces à peu près, entourait cette ouverture accidentelle; qui s'était considérablement agrandie par les progrès de l'ulcération. Les bronches et leurs divisions n'étaient nullement déformées. Le larynx avait sa forme normale; cependant vers leur réunion, les cartilages thyroïdes étaient considérablement épaissis et présentaient des noyaux d'ossification; le cartilage cricoïde, dont les parois avaient près de trois lignes d'épaisseur, était complètement ossifié. Dans les cavités nasales, on trouva des lésions qui appartenaient à la morve.

Je dois ici appeler votre attention sur la différence de coloration de cette trachée; elle est plus foncée que celle de la trachée des chevaux bien portants. Je crois devoir attribuer la coloration assez intense de la trachée malade, à l'état particulier du sang, à l'état d'asthénie dans lequel le cheval a été plongé pendant près de deux mois.

J'ignore, Messieurs, si des faits analogues ont déjà été observés en médecine humaine. Dans les écrits vétérinaires, je ne sache pas qu'aucune déformation semblable ait été consignée.

Extrait du rapport de M. MAILLET sur l'observation précédente.

Dans le plus grand nombre de cas de cornage, le bruit de sifflement est le seul indice de l'état malade du cheval. Ce bruit est produit, tantôt dans le *larynx*, tantôt dans les cavités *nasales*, et tantôt dans la trachée, suivant le siège de l'obstacle au libre passage de l'air. Mais quels que soient le siège et la nature de cet état morbide, il est presque toujours impossible de le faire cesser, à moins qu'il ne soit le résultat d'une inflammation aiguë, simple ou croupale, de la muqueuse respiratoire. Il est presque normal chez certaines races, et je citerai pour exemple les chevaux du Cotentin, à tête busquée, et à cavités nasales tellement étroites que, si le cheval ne corne pas naturellement, il suffit souvent pour déterminer cet effet, de lui fléchir fortement la tête. C'est ce que n'ignorent pas les marchands, qui, sachant aussi que les chevaux corneurs sont dans le cas de la réhabilitation, ont soin, lorsqu'ils veulent faire reprendre ceux de cette race dont ils sont mécontents, d'employer le moyen précité. Chez de tels chevaux, comme on peut le penser, on ne trouve à l'autopsie aucun produit morbide dans les voies respiratoires; l'étranglement seul des cavités nasales a suffi pour produire le cornage. A l'égard de ceux chez lesquels il est plus particulièrement un état morbide, on trouve à l'ouverture des cadavres, des lésions très-diverses. Ainsi on y a trouvé : des polypes dans les cavités nasales, des déformations congénitales ou accidentelles des cartilages du larynx; des trachéocèles intérieures; l'engorgement avec hypertrophie ou induration des ganglions lymphatiques situés à l'entrée de la poitrine, comprimant les nerfs trachéaux récurrents, et déterminant par là la paralysie des muscles dilatateurs du larynx auxquels

ces nerfs se rendent. J'ai trouvé quelquefois, chez des chevaux corneurs, des ossifications partielles des cartilages cricoïdes et arythénoïdes; une fois j'ai remarqué deux fistules partant des ventricules de la glotte et allant aboutir à un foyer purulent situé à la partie postérieure du larynx; et, tout récemment, j'ai trouvé l'un de ces ventricules obstrué par un corps étranger qui paraissait s'y être introduit pendant l'acte de la déglutition, et qui y séjournait depuis plusieurs jours. Dans certains cas aussi, on ne trouve rien, et alors on est bien obligé d'admettre comme cause du cornage, une altération dans l'action des nerfs laryngés, ayant déterminé la paralysie des muscles dilatateurs du larynx. Mais il est très-rare que le cornage soit dû à une déformation de la trachée aussi complète que dans le cas que vous a présenté M. Imlin. J'ai bien remarqué, chez un autre cheval, sacrifié à l'école d'Alfort, pour les travaux anatomiques, une déformation du centre de la trachée, avec aplatissement considérable des cerceaux; mais la déformation s'étendait peu en avant et en arrière; et comme je ne pus me procurer aucun renseignement sur cet animal, je ne sais s'il avait été corneur.

Nous avons à nous occuper maintenant de la partie physiologique de ce travail. Les symptômes résultant de l'injection d'une grande quantité d'eau dans les canaux aériens étaient tout-à-fait analogues à ceux qui se montrent à la suite d'injection d'eau dans les veines, et qui sont produits par une sorte de pléthore momentanée. En effet, l'accélération très-grande de la respiration et les tremblements généraux au commencement, puis l'abondante transpiration cutanée et pulmonaire, et l'augmentation dans l'excrétion de l'urine, sont, avec la liquidité plus grande du sang, les symptômes que M. Imlin a signalés, et ce sont eux aussi que j'ai fait naître plusieurs fois en injectant de l'eau tiède dans la jugulaire des chevaux. J'ajouterai que leur apparition semble être aussi prompte dans un cas que dans l'autre,

car si dans les expériences de M. Imlin, dix minutes étaient nécessaires pour qu'ils se manifestassent, il s'écoulait à peu près un intervalle aussi long entre les injections d'eau tiède dans la jugulaire (pourvu que l'injection eût été faite lentement, car lorsqu'on injecte brusquement on fait naître des phénomènes de syncope), d'où je crois qu'on peut conclure que les liquides injectés dans les bronches, et portés de là par absorption dans la masse des liquides en circulation, ont presque aussitôt parcouru tout le système vasculaire que ceux que l'on injecte dans les veines.

Luxation en dedans de l'extrémité supérieure de l'humérus. —
Observation recueillie par M. BORDET, élève des hôpitaux.

(Lue dans la séance du 3 décembre 1855.)

Le 2 novembre 1855, entra à la deuxième salle de médecine de l'infirmerie de Bicêtre, le nommé Mulsant, âgé de quatre-vingt-six ans. Il y succomba le même jour à une pleurésie double.

En faisant l'autopsie, je remarquai une déformation de l'épaule gauche; le deltoïde était tendu et aplati; la paroi antérieure du creux de l'aisselle était refoulée en avant, et offrait une tumeur dure, arrondie, que je jugeai devoir être la tête de l'humérus. L'acromion était saillant. Les doigts portés dans le creux de l'aisselle ne me firent rien reconnaître qui ressemblât à la tête de l'os. Le bras se rapprochait facilement du tronc. Le coude était très volumineux.

À la dissection je trouvai, comme je l'avais prévu, une luxation de la tête de l'humérus en dedans : elle était située immédiatement au-dessus de l'apophyse coracoïde, qui était elle-même fracturée à trois ou quatre lignes de son sommet.

et plus élevée qu'à l'état normal. Le ligament acromi-coracoïdien se portait sur les deux fragments de cette éminence; le tendon de la courte portion du biceps s'insérait sur le fragment externe dont il embrassait le sommet, celui du petit pectoral sur le fragment interne, et le coraco-brachial, au niveau de la portion fibreuse qui unissait les deux fragments.

La tête de l'humérus présente un sillon assez profond, raboteux et inégal, correspondant à une crête saillante qui sépare les deux surfaces articulaires de l'omoplate, que je vais décrire. De ces deux surfaces, l'une externe, est la cavité glénoïde, l'autre interne, est une cavité articulaire de nouvelle formation. La première est peu déformée; seulement son cartilage a presque disparu, et des lames fibreuses s'y implantent. On y trouve en outre du tissu cellulaire adipeux assez abondant. L'autre, placée en dedans de la première, se trouve supportée par un dépôt osseux qui s'est formé sur la face interne du col. Cette surface a vingt lignes de haut en bas, un pouce transversalement; elle est peu profonde et recouverte d'une lame cartilagineuse qui se la tapisse que dans ses trois quarts externes; son bord interne est limité par l'insertion de la capsule, et présente vers son milieu une échancrure, en haut et en bas des saillies osseuses. L'arête osseuse qui résulte de la rencontre des deux surfaces et qui les sépare, offre une disposition inverse; c'est-à-dire qu'elle est saillante dans son milieu et déprimée à ses deux extrémités; disposition sur laquelle je reviendrai plus tard. La capsule est plus épaisse que celles qui embrassent ordinairement les articulations saines; elle est très-forte et très-résistante surtout vers la partie interne, où je ne pus découvrir aucune trace de déchirure ancienne. Elle recouvre la tête de l'humérus, et est très-lisse à son intérieur dans les points qui sont en contact avec elle, tandis que postérieurement elle est inégale et rugueuse, et reçoit les filaments fibreux qui viennent de la cavité glénoïde. La tête de l'hu-

méru, dans la partie de sa surface en contact immédiat avec la cavité ancrépale, est lisse, son quart interne en rapport avec le bord interne est revêtu d'une lame très-mince de fibro-cartilage. Le tendon de la longue portion du biceps n'a souffert aucune lésion, et se dirige très-obliquement vers son insertion ordinaire. Les fibres des muscles sous-scapulaires et deltoïde qui recouvrent l'articulation sont devenues fibreuses, comme aponévrotiques. Les muscles sus'et sous-épineux n'ont subi aucun changement.

A l'articulation du coude, je trouvai une fracture de l'olécrâne tout-à-fait à la base, et le fragment uni au cubitus au moyen d'un tissu fibreux très-solide qui lui laissait assez de mobilité. Il y avait même en dedans un fragment de la grosseur d'un pois qui tenait aux autres par un tissu de même nature. L'écartement était de deux lignes.

Frappé de tous ces désordres, je me rendis dans sa division, où j'appris que la luxation datait de quatre ans (il avait alors quatre-vingt-deux ans) et provenait d'une chute sur la glace. Bien qu'il sût qu'il avait le bras luxé, cet homme ne voulut avoir recours à aucun médecin : jamais auparavant il ne lui était arrivé d'accident. Depuis lors, les mouvements de bras avaient été très-bornés, surtout ceux en haut; cependant il pouvait s'habiller seul. Cet homme était d'une taille assez élevée, d'une corpulence plus qu'ordinaire.

La première question que je me suis faite est celle-ci : Comment a dû se produire cette luxation ? Prenant en considération les deux fractures, l'une de l'olécrâne, l'autre de l'apophyse coracoïde, je pensai que la luxation devait être faite dans une position telle, que les fractures aient pu avoir lieu en même temps. Or, quelle est la position qui se prête à la production simultanée de ces lésions ? Si le coude est porté directement en arrière et que l'individu tombe dessus, le choc se communique à la partie antérieure de l'apophyse. C'est probablement de cette manière que la luxation s'est

effectués, chez notre malade. En effet, les chutes sur la glace se font presque toujours en arrière, ce qui me porte à croire que cet homme porta son bras instinctivement en arrière pour se retenir; il tomba ainsi sur l'éclécrâne, qui fut fracturé; la tête de l'os fut poussée vers la partie antérieure de la capsule, et la partie de cette capsule adhérente au bord interne de la cavité glénoïde, se détacha. En même temps, comme le sommet de l'apophyse coracoïde descend, en avant de la cavité glénoïde, plus bas que son bord supérieur, le sommet fut rompu par la pression de la tête de l'humérus.

J'ai dit que la capsule s'était détachée du bord antérieur de la cavité glénoïde, et non pas qu'elle s'était rompue dans un point quelconque de son étendue; ce qui me porte à le croire, c'est que chez les vieillards; les ligaments se détachent plus facilement des parties spongieuses des os, qu'ils ne se rompent dans leur continuité; et dans cette séparation, souvent ils entraînent avec eux la lame mince de tissu compacte sur laquelle ils s'insèrent. L'intégrité de la paroi antérieure de la capsule, la disposition de la crête qui sépare les deux surfaces articulaires, celle du bord antérieur de la surface articulaire, de nouvelle formation, me font supposer que la capsule a été arrachée le long de son bord capsulaire avec deux esquilles, et transportée avec elles et la tête de l'humérus dans un point où elle a contracté des adhérences, et formé le bord antérieur de la cavité nouvelle.

Jusqu'à présent j'ai admis comme prouvé que la luxation s'était faite primitivement en dedans; mais ne pourrait-il pas se faire que ce ne fût qu'une de ces luxations que les auteurs appellent en bas, qui se serait portée consécutivement en dedans, comme ils disent que cela se fait presque toujours? Je ne le pense pas, parce que d'abord aucune des positions indiquées comme pouvant produire la luxation en bas, n'expliquerait la simultanéité de cette luxation et des fractures qui l'accompagnent. Puis, la luxation en bas est-elle

possible? Cette question, qui passait pour l'une des plus positives de la chirurgie, vient d'être agitée de nouveau. Pour moi, j'ai voulu vérifier sur le cadavre les assertions de M. Malgaigne, et j'ai constaté que tant que le quart supérieur de la capsule reste intact, la tête ne peut s'abaisser assez pour demeurer fixe sur la côte de l'omoplate; elle rentre dès qu'on abaisse le bras tant soit peu, et je demeure convaincu qu'à moins de disposition tout-à-fait insolite de la capsule, la luxation en bas ne peut se faire que lorsque la capsule est entièrement rompue.

Je ne finirai pas cependant sans faire remarquer que la fracture de l'olécrâne n'avait été traitée par aucun appareil, et que néanmoins il n'y avait eu qu'une ligne et demie à deux lignes d'écartement. La réunion s'est faite comme cela a presque toujours lieu entre des parties qu'on ne peut tenir dans une immobilité parfaite, c'est-à-dire au moyen d'un tissu fibreux. Aussi voyons-nous la fracture de l'apophyse coracoïde, soumise aux mêmes circonstances, se faire de la même manière.

Plaie contuse du cuir chevelu; fracture des os du crâne avec enfoncement; Gangrène du cerveau. — Observation recueillie par M. ROSSIGNOL.

Le nommé Lorain, jeune soldat au premier régiment d'infanterie légère, fut apporté à l'hôpital le 8 février à onze heures du soir: d'après les renseignements recueillis sur son accident, c'est pendant qu'il voulait escalader un mur qu'une pierre pesant près de quinze livres s'en était détachée, et tombant d'environ douze pieds de hauteur, l'avait frappé à la partie postérieure de la tête.

Une heure s'était déjà écoulée depuis l'instant de sa blessure, lorsqu'il fut transporté à l'hôpital. Il était alors

sans connaissance, le pouls était petit et lent, la peau froide; il y avait des vomissements assez fréquents. On employa des révulsifs sur la peau, dans le but de rappeler la chaleur, et deux heures après, malgré la faiblesse du pouls, on se décida à pratiquer une large saignée, dont le résultat fut de diminuer les symptômes d'une commotion aussi violente. La blessure du crâne fut pansée avec des compresses trempées dans l'eau froide.

Le 9 à 7 heures du matin, le malade est couché sur le côté gauche, la tête inclinée sur la poitrine. (Il conserve cette position jusqu'à la mort, ou s'il l'abandonne c'est pour la reprendre un instant après.) Ce n'est qu'après plusieurs questions que, tiré de sa léthargie, il répond par un *oui* ou par un *non*. Il accuse une douleur dans toute la tête, mais surtout à l'endroit de sa blessure, et au devant de l'oreille du côté gauche. La face est pâle, les yeux presque toujours fermés, le pouls est petit et peu fréquent, la respiration naturelle; la peau a repris sa chaleur normale. Il n'existe point de paralysie, mais il y a dans les membres thoraciques et abdominaux un engourdissement considérable, et il faut réveiller l'attention du malade pour qu'il ne les laisse pas tomber quand on les relève; si on les pince même assez légèrement, il accuse de la douleur et les retire lentement. Les vomissements ont cessé.

A la partie postérieure de la tête, à un demi-pouce environ du côté droit de la ligne médiane, il existait une plaie à peu près transversale du cuir chevelu, dont la lèvre postérieure et inférieure était plus contuse que l'antérieure ou supérieure. On pratiqua une incision et l'on reconnut qu'il y avait enfoncement des os du crâne. Il y avait en outre du côté de la suture sagittale, et un peu en haut, une dépression plus considérable que partout ailleurs.

On voulut trépaner, mais un parent du malade s'y opposa; on se contenta donc de prescrire une saignée de $\frac{3}{4}$ xvj, des pédiluves sinapisés, un lavement purgatif, une boisson

délayante et la diète la plus sévère. La plaie fut pansée avec des compresses trempées dans l'eau froide.

Le 10, l'assoupissement est moindre, le blessé répond plus facilement aux questions qui lui sont faites : il dit avoir dormi toute la nuit et souffrir beaucoup dans la tête. Le pouls est petit, peu fréquent. On prescrit la diète, une boisson émétisée et une saignée de 3 x.

Le 11 même état, même prescription.

Le 12 la plaie offre une suppuration sanieuse, très-peu abondante, d'une odeur excessivement fétide. Les bords en sont noirâtres. La douleur de tête existe toujours, mais le malade ne peut plus la localiser.

Le 13 dans la nuit il y a eu du délire, le pouls s'est relevé, on compte 100 pulsations, la peau n'offre pas une chaleur sensiblement plus grande. La figure est toujours pâle, la respiration se fait assez bien, et ce n'est qu'après cinq ou six inspirations naturelles qu'il en arrive une très-pénible, accompagnée d'une plainte et d'un cri. Au milieu du délire qui ne l'a pas abandonné depuis la veille, le malade a encore quelques instants de lucidité qui lui permettent de répondre d'une manière assez juste aux questions qu'on lui adresse, ou à celles que l'on fait aux infirmiers sur son état. Il y a difficulté à articuler les mots, sans paralysie de la langue ; il existe une hémiplegie du côté gauche. Les digestions sont involontaires. Le soir à 9 heures, aggravation de tous ces symptômes, mort à onze heures.

Autopsie, le 15 à huit heures du matin. — A l'endroit de la blessure et au dessous du cuir chevelu, on trouve une ecchymose d'une forme circulaire qui s'étend à un pouce environ tout autour de la lésion de la boîte osseuse; le péri-crâne a été déchiré et en partie détruit.

Le crâne offre à l'union du pariétal et occipital, à un demi-pouce environ de la ligne médiane, un enfoncement de la largeur d'une pièce de 5 francs. Au centre de cet enfoncement, un peu plus en haut et en dedans qu'en bas,

hors, existe une dépression plus considérable qui semble répondre au point le plus saillant de la voûte du crâne à cet endroit. La portion d'os qui a été déprimée n'a point entièrement abandonné le reste du crâne.

Du côté du cerveau, on observe une saillie plus considérable dans le point qui répond à la dépression dont j'ai déjà parlé. Cette saillie est constituée par l'extrémité de cinq esquilles qui forment par leur base la circonférence de l'os déprimé; elles s'engrènent par leurs côtés entr'elles et par leur base, qui est aussi saillante du côté du cerveau, avec le reste du crâne, au moyen de lamelles osseuses; elles n'offrent aucune mobilité.

La dure-mère est couverte d'une couche de matière qui semble provenir d'un mélange de sang et de pus, d'une couleur noirâtre, d'une odeur extrêmement fétide.

Si on l'enlève avec le dos d'un scalpel, on aperçoit une ou deux petites plaques rouges. Il existe en outre une ouverture de la largeur d'une lentille par laquelle s'écoule sous la pression un pus sanieux et d'une odeur de gangrène. Au dessous de la dure-mère, une couche de pus s'étend en nappe sur la face supérieure du lobe du cerveau. La pie-mère et l'arachnoïde offrent une ouverture semblable à celle de la dure-mère.

Le cerveau est fortement déprimé à l'endroit correspondant à l'enfoncement du crâne. A cet endroit, qui occupe l'angle du lobe postérieur du cerveau, j'ai trouvé une cavité du volume d'une grosse noisette, et pleine de pus grisâtre et très-fétide; cette première cavité, qui communiquait au dehors par les déchirures des membranes, correspondait à une autre beaucoup plus petite et située plus profondément. La substance cérébrale qui formait les parois de ces cavités, était d'une couleur noirâtre, se réduisait en purilage à la moindre pression, et exhalait une odeur infecte. J'ai pu suivre cette couleur noirâtre jusqu'à un pouce ou un pouce et demi de la lésion principale, sur la substance

corticale; elle s'étendait moins loin; à mesure que l'on avançait plus profondément vers la pulpe médullaire. Enfin, pour ce qui a égard à la profondeur de cette altération, elle n'était séparée de la cavité encyloïde que par quelques lignes de substance cérébrale restée saine.

La partie inférieure du lobe moyen de l'hémisphère gauche offre un ramollissement de la couche corticale, le pôle antérieur et l'opercule participent à cette altération et s'enlèvent facilement.

Les poumons sont un peu engoués.

Ulcerations dans l'œsophage. — Ulcerations et perforation de la vésicule biliaire; péritonite; mort le vingt-huitième jour de la maladie. — Observation recueillie par M. BALLET DUGARRY, interne des hôpitaux.

Besson Joseph, âgé de seize ans, bijoutier, est admis à l'hôpital Cochin le 27 février 1855. Sa constitution est faible; ses membres sont grêles; il y a quatre mois, le malade fut atteint d'une petite vérole discrète qui fut traitée dans ce même hôpital. Sa santé a été assez bonne pendant trois mois et demi; depuis huit jours, il a eu dévoiement, de l'anorexie et une lassitude générale. Lors de son entrée: figure pâle, un peu de stupéur, céphalalgie sus-orbitaire; langue rouge surtout sur ses bords; la gorge est le siège d'une douleur assez vive qui gêne les mouvements de déglutition. L'inspection nous fait apercevoir une rougeur de la partie postérieure du pharynx; les amygdales sont peu tuméfiées. La région épigastrique est sensible à la pression. Le ventre a son volume ordinaire, mais il a perdu un peu de sa souplesse. Quand on presse sur la région iliaque droite, on y trouve du gargouillement; et le malade y éprouve des douleurs. Le thorax percuté et ausculté ne fournit aucun signe. Appétit nul; saveur amère; plusieurs selles liquides pendant la

nuit; la peau est chaude, terreuse; le pouls bat quatre-vingt-dix fois par minute. — Tilleul, orange édulcorée avec sirop de gomme; julep gommeux; bouillon.

Les dix jours suivants la maladie a présenté peu de changement; les mêmes symptômes ont persisté à l'exception du mal de gorge qui semblait avoir disparu. — Même traitement.

Le 9 mars la fosse iliaque droite étant plus douloureuse au toucher, on applique quinze sangsues sur cette région.

Le 10, des vomissements bilieux ont lieu plusieurs fois dans la journée; la douleur épigastrique persiste, domine tous les autres symptômes. Nous notons la disparition de la légère stupeur qui existait dans le principe. — Eau de Seltz; une orange; lavement amido. avec laudan., dix gouttes; bouillon froid.

Le 11 et le 12, le dévoiement a presque cessé, mais les vomissements sont plus rapprochés, plus douloureux, la soif est très-vive; la douleur épigastrique est constante. — Eau de Seltz; lavement émollient; bouillon froid.

Le 14, pendant la nuit, les vomissements n'ont presque pas cessé; la soif était des plus vives; mais les boissons étaient rejetées, colorées en vert, aussitôt après leur introduction dans l'œsophage.

Le 15, les vomissements de même nature persistent, de plus, le ventre est très-douloureux, ballonné. Le malade est très-agité; le pouls est petit, très-fréquent; tous les symptômes d'une péritonite très-intense se sont développés. — Vingt sangsues sont appliquées au-dessous de l'hypochondre droit, à cause de la vive douleur qui y existe; elles ne procurent aucun soulagement. Le soir, la dysphagie est complète; la mort arrive le 16, à quatre heures du matin.

Autopsie cadavérique, vingt-deux heures après la mort. Le corps est assez amaigri; la raideur des membres est prononcée; la peau est très-pâle; le ventre est ballonné. *Poi-*

trine. Trois tubercules à l'état cru au sommet du poumon gauche, le reste du poumon sain. — *Abdomen*. Toute la surface interne du péritoine est teinte en jaune. Au-dessus de quelques circonvolutions de l'intestin grêle, dans l'espace compris entre le colon ascendant et le mésentère, se trouve une demi-pinte d'un liquide jaunâtre (mélange de bile et de sérosité) qui contient quelques flocons albumineux jaunes. La bouche et le pharynx n'offrent rien de notable. L'œsophage, mis à découvert, a le volume de l'intestin grêle médiocrement distendu; sa couleur est verdâtre. La portion située derrière le péricarde est comme infiltrée, cette même portion représente une large poche que distend une grande quantité de liquide de couleur vert foncé qui s'est échappé dans la poitrine, au moyen d'une ponction faite à la partie latérale de l'œsophage.

La membrane muqueuse de ce conduit est malade dans toute son étendue : elle présente une multitude d'érosions qui commencent au niveau du deuxième cerceau cartilagineux de la trachée, et s'étendent jusqu'au dessus du cardia. Son quart supérieur en présente quatre ou cinq l'une d'elles a huit lignes dans le sens vertical et quatre transversalement. La grandeur des autres varie entre une et trois lignes. Le deuxième quart de cette même muqueuse est remarquable par la quantité innombrable de petites érosions qui n'ont perforé que l'épithélium; tandis que sa moitié inférieure est presque complètement détruite par une vaste ulcération de trois pouces de longueur qui même attaque la tonique musculeuse dont les fibres sont en outre éraillées; en sorte qu'il n'existe plus, en cet endroit; que la celluleuse extrêmement amincie par la distension qu'elle a subie. Toutes ces parties sont colorées en vert comme la matière des vomissements. La portion de la muqueuse qui existe autour de cette ulcération est tellement ramollie; que j'ai cru d'abord à l'existence d'une fausse membrane. Il est facile, d'après l'inspection de toutes ces parties, d'expliquer la formation de la poche

dont j'ai parlé, et qui, d'après la remarque judicieuse du président de cette Société, ressemblait au jabot des gallinacées. La muqueuse de l'estomac est ramollie dans la face postérieure et inférieure du grand cul-de-sac. Le duodénum et l'intestin grêle ne présentent rien de notable. Le cœcum a deux plaques de Peyer boursoufflées. Le gros intestin nous a offert, presque dans toute sa première moitié, un développement marqué des follicules iselés, dont les ouvertures étaient très-bien indiquées par un petit point noir qui existait au centre de chaque follicule.

Appareil biliaire. — Le foie, les conduits hépatique et cystique et le canal cholédoque sont sains. La vésicule biliaire a son volume normal. Sa surface externe présente à noter, 1° une plaque en relief d'un vert très-prononcé, de la largeur d'une pièce de quinze sous, s'élevant en bas sur le corps et sur le fond. La portion de péritoine qui recouvre cette plaque se déchire très-aisément; elle est infiltrée de bile. 2° En bas encore, mais plus en arrière, une petite masse verdâtre, formée par un lambeau du péritoine recouvert de fausses membranes imprégnées de bile, et qui cache une ouverture ulcéreuse de la grandeur d'une pièce de cinq sous; la partie postérieure de son contour est tellement ramollie dans l'étendue de trois ou quatre lignes, qu'elle s'en va en bouillie, lorsqu'on la touche avec la pointe d'un scalpel. Si l'on incise la vésicule, à l'endroit où elle adhère à la fosse cystique, on voit que sa surface interne présente trois petites ulcérations dont une correspond à la plaque dont j'ai parlé; les deux autres sont à la partie supérieure du corps, et peut mottent de pousser un stylet jusqu'à la fosse cystique qui présente deux petits épanchements de bile. La partie inférieure et postérieure offre la large ouverture par où la bile s'est répandue dans le péritoine. Le peu de bile que contenait la vésicule paraissait avoir sa couleur ordinaire; et les points de la surface interne de cette même vésicule, intérieurement aux ulcérations, avaient une apparence normale.

Rien de notable dans les autres organes.

Réflexions. — La partie de cette observation qui a rapport aux symptômes, au diagnostic et au traitement, présente peu d'intérêt. En effet, les deux lésions principales n'avaient pas été reconnues pendant la vie : nous avions toujours cru avoir affaire à une gastro-duodénite. La persistance de la douleur épigastrique, l'absence de la dysphagie et de souffrances dans le trajet de l'œsophage, pendant le cours de la maladie, étaient bien propres à nous faire commettre une pareille méprise. Au reste, Boyer avoue que beaucoup de cas de perforation de l'œsophage qui ont été observés, n'ont été reconnus qu'à l'ouverture des cadavres ; et que pendant la vie, les malades avaient éprouvé des accidents, dont aucun ne pouvait faire soupçonner la lésion de l'œsophage. Si la maladie a été méconnue dans ce cas-ci, du moins l'erreur de diagnostic n'a point été funeste au malade, car le traitement a été rationnel, et je ne crois pas qu'aucun traitement eût pu amener une autre terminaison.

Quoique l'on trouve, dans les auteurs, des observations de rupture de l'œsophage et de la vésicule biliaire, de pareilles lésions ne sont cependant pas très-communes. Presque tous les cas connus présentent entre eux quelques différences tant sous le rapport des causes que sous celui des symptômes et des complications. Ainsi, tous ceux de rupture de la vésicule biliaire, que j'ai trouvés, paraissent se rapporter aux deux divisions suivantes : 1° rupture par distension outre mesure de ses parois, par une trop grande quantité de bile qui n'avait pas écoulé, parce que le canal cholédoque était obstrué ; 2° rupture par suite de l'inflammation produite par des calculs nombreux qui renfermaient la vésicule. Je n'ai point trouvé de rupture à la suite d'une inflammation spontanée ressemblant à l'observation que je viens de vous rapporter, et compliquée d'une rupture de l'œsophage. Il est probable que l'ulcération de ces deux organes s'est faite sous l'influence de la même cause, et que la bile n'est pour

rien dans la production de celle de la vésicule biliaire.

L'état normal du foie, du duodénum et du canal cholédoque, après la mort, tend à faire admettre l'inflammation et le ramollissement bornés à la vésicule; et l'absence de l'ictère pendant la vie ne vient-elle pas à l'appui de cette idée, comme ce cas de rupture de l'œsophage (1) vient à l'appui d'une proposition émise par M. Andral, savoir: que dans tous les cas, la rupture de l'œsophage a lieu immédiatement au-dessus du cardia.

Otite chronique. — Note communiquée par M. NIVET, interne à l'hôpital Beaujon.

Le 19 septembre 1855, est entré à l'hôpital de Beaujon le nommé Mouillon, âgé de trente-cinq ans, boulanger.

Il a eu des chancres et une gonorrhée qui a duré fort long-temps. L'otite est survenue peu de temps après sa disparition.

Vers le mois de décembre 1854, le malade, sans avoir éprouvé aucun symptôme précurseur, s'est aperçu qu'il avait un écoulement par l'oreille gauche; il éprouvait une sensation pénible de sifflement, mais aucune douleur. L'écoulement, d'abord séreux, devint plus tard plus épais. Il fut négligé par le malade.

Vers le milieu d'avril 1855, paralysie des muscles de la moitié gauche de la face; conservation de la sensibilité. L'écoulement était alors purulent.

Il n'existait ni hémicrânie, ni douleur dans l'oreille, ni mouvements convulsifs dans les muscles de la face.

(1) Bien que la toile celluleuse qui formait le fond de la poche ne fût pas rompue, on n'en est pas moins en droit de considérer ce cas comme une rupture de l'œsophage, car elle serait arrivée bien certainement si la péritonite n'avait fait mourir si brusquement le malade.

On a employé, pour combattre cette maladie, et sans succès, les injections, les vésicatoires, les moxas.

Pendant son séjour à l'hôpital le malade a fait une chute sur la tête; une bosse sanguine qui existait en dehors de l'extrémité supérieure de l'occipital s'est dissipée en deux jours; il faisait alors usage de strychnine. Nous faisons abstraction des symptômes de phthisie pulmonaire et laryngée.

Vers le 18 octobre, le malade se plaint d'avoir la tête lourde, éprouver des étourdissements, comme s'il était ivre.

Vers le 26 décembre, la fièvre hectique, sans diarrhée, commence à se montrer; nous avons reconnu l'existence de cavernes au sommet des deux poumons. Extinction complète de la voix.

Le 2 novembre, issue d'une assez grande quantité de sang, par l'oreille gauche.

Jusqu'à sa mort, il a conservé l'usage de ses membres et de ses facultés intellectuelles; mais il était sombre, et il se plaignait d'avoir la tête lourde.

Autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort. — A gauche, la membrane du tympan est détruite; les osselets n'existent plus; toute l'oreille est remplie de pus; une perforation fait communiquer cette cavité avec l'articulation temporo-maxillaire, qui est aussi remplie de ce liquide. Le nerf facial gauche est détruit dans toute l'étendue de son trajet dans l'oreille; il ne paraît altéré ni à son entrée ni à sa sortie de l'aqueduc de Fallope.

Le rocher, dans la partie qui forme les parois de l'oreille moyenne, est friable et offre une teinte gris foncé; les cellules de l'apophyse mastoïde sont pénétrées de pus.

Dans l'espace d'un pouce de diamètre transversalement la dure-mère est détruite, et le cerveau repose sur la partie altérée du rocher. La corne sphénoïdale est ramollie, d'une couleur grisâtre; le ramollissement s'étend jusqu'au ventricule; mais il n'y a pas communication entre l'abcès de

l'oreille et la cavité ventriculaire. Le septum lucidum est détruit; les deux ventricules renferment une sérosité gris rougeâtre trouble. Perforation de la cornée de l'œil gauche. Phthisie laryngée et pulmonaire; ulcérations à fond tuberculeux de l'intestin grêle.

Symptômes d'embarras gastrique; hématemèse, pas de tumeur épigastrique; gastrorrhagie mortelle; cancer partiel de la paroi postérieure de l'estomac; rupture de l'artère splénique dans cet organe. Note communiquée par M. CHARCELLAY, interne des hôpitaux,

La nommée Legoulon (Marguerite), âgée de cinquante-trois ans, d'un tempérament lymphatique, de taille élevée, ayant eu plusieurs enfants qui se portent bien; entre le 12 mars à la Charité, avec les signes d'un embarras gastrique non fébrile, datant de dix jours. Les boissons délayantes et acidules n'ayant apporté aucun soulagement, M. Rullier eut recours à l'infusion d'ipécacuanha, dont l'administration fut suivie de fièvre avec irritation gastrique. Vers la fin de mars, à ces accidents, qui étaient calmés, succédèrent quelques coliques et un peu de diarrhée. Le 16 avril, voici quel était l'état de la malade: face pâle, grippée; pas de fièvre; selles assez fréquentes; ventre à peine douloureux, sans tension ni ballonnement. La malade rend quelquefois une gorgée de mucosités par le vomissement. (Ris gom. coing., lavement amilacé laudanisé, p. g. diacodée; extr. ratanhia 3 j.)

Le 13, à la visite du matin, nous trouvons son crachoir rempli de matières noires, semblables à de la suie ou du marc de café, que la malade dit avoir vomies la veille. Le 12, sur les dix ou onze heures du soir, l'épigastre exploré avec grand soin ne laisse découvrir aucune tumeur.

La malade assure avoir eu, il y a deux mois, le même vomissement. Depuis deux ans, elle a commencé, dit-elle, à souffrir de l'estomac et à perdre l'appétit : à dater de cette époque, amaigrissement, indisposition avec vomissement de bile et de mucosités. Depuis plusieurs années, la malade boit des liqueurs fortes, telles que l'absinthe, soit pour se donner de l'appétit, soit pour remplacer les aliments solides. Malgré l'absence de tumeur épigastrique on a diagnostiqué un cancer de l'estomac, l'amaigrissement ; la face jaune et grippée, la diarrhée et surtout le vomissement de matières noires, semblable à du marc de café, devaient en effet faire au moins soupçonner cette affection.

Le 13 avril, à dix heures du soir, vomissements abondants de sang vermeil, et déjections alvines de matières noires, semblables à de la suie : mort à 10 heures et demie. La quantité de ce sang a été évaluée à trois livres environ pour la matière du vomissement, et à une quantité à peu près égale pour celle des déjections rendues par le vomissement.

Autopsie, le 15 avril, 10 heures du matin. — *Thorax :* cœur sain ; quelques adhérences au sommet des poumons ; et vers le haut du lobe supérieur, quelques tubercules crus et en partie calcaires, gros comme une noisette.

L'œsophage, l'estomac et les intestins sont distendus par du sang, et offrent un aspect noirâtre à l'extérieur. Les pressions exercées sur l'estomac et l'œsophage pour enlever le tube digestif, font refluer dans la bouche du sang liquidé, noirâtre.

Sur la face antérieure de l'estomac existe, entre cet organe et le foie, une adhérence qui a été rompue partiellement par un léger effort fait pour soulever le lobe gauche du foie. La destruction de cette adhérence a produit une perforation de l'estomac, laquelle ne consistait, pendant la vie, qu'en une ulcération, ayant pour fond la face inférieure du lobe gauche du foie, gris et ulcéré en ce point, mais sain dans le reste de son étendue. L'estomac étant ouvert sui-

vant son bord convexe ou grande courbure, on extrait de sa cavité du sang caillé rouge, vermeil, pesant environ une livre et demie. Sur la face postérieure de cet organe, vers le milieu de sa hauteur, on voit une excavation arrondie à fond large, et rétrécie au contraire à son entrée; cette excavation est le résultat d'une ulcération qui a détruit les membranes internes stomacales; elle est limitée par la séreuse seulement; ses bords sont minces, tranchants, durs, fort résistants; sa surface lisse offre, au niveau du bord supérieur du pancréas, une petite ouverture de trois quarts de ligne de diamètre, conduisant dans l'artère splénique, dont les parois présentent la dégénérescence athéromateuse. Cette artère est extrêmement sinueuse, et c'est par la convexité de l'une de ses courbures qu'elle est tout-à-fait contiguë à la séreuse stomacale, là où elle s'est rompue. Le pancréas est dur, volumineux; les ganglions lymphatiques environnants sont développés, durs, squirrheux. Le plexus solaire est fort développé; les ganglions semi-lunaires sont volumineux, durs, grisâtres, comme squirrheux; les ganglions lombaires sont aussi très-développés et d'un blanc rosé.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 12 (3^e SÉRIE) — (Août 1836),

RÉDIGÉ

PAR MM. VALLEIX, MARBOTTE, CAZALIS, DENONVILLIERS,
NIVET ET DIDAY.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Juin et de Juillet 1836.*

1. Procédé de M. Després pour la réduction des luxations de la hanche. —
2. Humérus à poulie articulaire simple. — 3. Extrémité osseuse du moignon après une amputation. — 4. Fongus du cervelet et du bulbe rachidien. —
5. Rupture d'une branche de l'artère coronaire stomachique. — 6. Rétrécissement du rectum. — 7. Rein double. — 8. Fragments d'hydatides rendus par les urines. — 9. Calculs vésicaux. — 10. Atrophie des vésicules. —
11. Saillie de la paroi postérieure du vagin. — 12. Énorme tumeur graisseuse. — 13. Forme des doigts d'un phthisique. — 14. Traitement des chutes du rectum. — Nominations pendant le mois.

1. M. Pigné annonce qu'il a trouvé dans un *Traité de médecine* publié en 1813 à New-York, par le docteur Beach, la description du procédé pour la réduction des luxations dont M. Després a donné communication à la Société. D'après cet ouvrage ce procédé est très-ancien; et si l'on en croit le docteur Sweet, il est employé de temps immémorial par les sauvages dans tous les cas de luxation de l'articulation coxo-femorale. M. Pigné met sous les yeux de la Société une gravure dans laquelle on voit un sauvage réduisant une de ces luxations. M. Denonvilliers dit que ce procédé se trouve également dans les *Œuvres de Pouteau*. La Société reconnaît avec M. Pigné que cette connaissance antérieure du procédé de M. Després ne nuit en rien au mérite de sa découverte, et que ces descriptions inconnues et sur lesquelles personne n'avait fixé son attention, pouvaient être regardées comme perdues pour la science.

2; M. Barthès montre un humérus dont la poulie articulaire n'a qu'une seule gorge, dans laquelle est reçue l'extrémité articulaire du cubitus. Le

radius, dont la tête est devenue convexe, s'articule avec l'humérus en avant de la tubérosité externe.

3. M. Nélaton fait voir l'extrémité osseuse du moignon d'un sujet qui a succombé à la suite d'une amputation. Dans l'étendue d'un pouce la portion de la moelle voisine de la plaie est sensiblement tuméfiée et d'un rouge foncé; la surface résultant de la section est couverte d'une fausse membrane d'un blanc grisâtre, assez ferme, et de près d'une ligne d'épaisseur; la membrane médullaire présente un grand nombre de petites ecchymoses et de petits abcès.

4. M. Balme-Dugarray présente deux fungus développés, l'un à la face supérieure du bulbe rachidien, et l'autre dans le lobe droit du cervelet.

Le premier a été mis à découvert en incisant le lobe moyen du cervelet et en écartant l'un de l'autre ses deux lobes latéraux. Il remplissait la capacité du quatrième ventricule qui, étant très-élargi, avait dix lignes en longueur, six en largeur et quatre en hauteur. Ayant été divisé en plusieurs endroits, il s'en est écoulé une très-grande quantité de sang. La substance nerveuse de la face postérieure de la moelle allongée était sensiblement ramollie et de couleur jaunâtre.

Le deuxième occupait la partie latérale externe de la face supérieure du lobe droit du cervelet; il était moins volumineux que le précédent. Ces tumeurs paraissent avoir pris naissance dans la tente du cervelet, toute la portion de la face supérieure de ce même lobe, qui était située en dedans de ce fungus, était remarquable par l'écartement de ses lames qui, enlevées avec la pointe d'un scalpel, ont laissé à découvert un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon; cette poche, d'une ténuité extrême, s'est rompue quand la substance nerveuse qui la recouvrait a été enlevée, et il s'en est échappé deux gros à peu près d'un liquide séreux.

Le malade n'a été observé que pendant cinq jours; il avait trente-un ans. Il était carrier de son état. Sa mère a dit qu'il buvait beaucoup; que depuis deux ans il se plaignait constamment de douleurs de tête; que pendant tout ce temps il avait travaillé, quoiqu'il fût obligé de se reposer de temps en temps pendant deux ou trois jours. Les six dernières semaines de sa vie, les douleurs sont devenues tellement fortes qu'il poussait continuellement des cris et qu'il désirait la mort. Aucune médication ne put calmer ses douleurs. Il se mit au lit à cette époque, et tous ses membres étaient assez libres pour qu'il pût s'en servir au besoin.

Quand M. Balme-Dugarray l'a examiné, il se plaignait toujours de la tête, son corps était très-amaigri; presque tous les organes des sens étaient incomplètement paralysés. C'est un mois seulement, avant sa mort que le malade a commencé à se plaindre d'avoir le vertige, le trouble de la vue, et le sentiment des membres était contracté. Quoiqu'on ne se soit pas assuré si le malade avait pu se soutenir sur ses jambes, il est certain qu'il leur faisait exécuter tous les mouvements qu'on lui commandait. L'intelligence était intacte. Il a conservé un hoquet continu pendant les trois dernières semaines. Huit jours avant d'expirer, il a été pris

d'un érysipèle à la face; il s'est dissipé la veille de sa mort, qui a eu lieu le 4 mai 1836.

5. M. Charcley montre l'estomac d'un homme de quarante-trois ans, qui, après avoir été traité à l'hôpital de la Charité d'une gastrite chronique produite six mois auparavant par l'ingestion d'environ deux onces d'acide sulfurique, et après en être sorti non guéri, y rentra pour une bronchite double. Quelques jours après, le 26 mai, à sept heures du soir, il survint des vomissements de sang rouge, vermeil; il y avait douleur à l'épigastre; le pouls était petit et fréquent, la peau fraîche et moite; la percussion de la région épigastrique faisait entendre un son mat. On prescrivit de la limonade sulfurique, une potion avec le sel marin, des sinapismes. L'hémorrhagie se suspendit jusqu'au lendemain au soir, mais elle se reproduisit alors plus abondante; et le malade mourut en peu d'instants.

À l'autopsie on a trouvé les organes du thorax sains, ainsi que le foie, les reins et la rate; l'œsophage est rempli de matières liquides sanguines qui refluent par la bouche quand on presse sur l'estomac; tout l'intestin grêle en est également rempli, mais elles sont à demi liquides, mêlées de quelques caillots. Leur poids est en tout d'une livre et demie environ. Le gros intestin est rempli de matières fécales assez fermes, mêlées avec du sang dans le colon lombaire droit seulement. Vers la fin de l'intestin grêle quelques glandes de Brunner sont un peu développées, mais saines du reste. Quelques plaques de Peyer sont un peu saillantes, à gros grains; les points noirs d'une barbe fraîchement faite sont très-marqués et fort larges; ces plaques sont ramollies, sans rougeur. L'estomac est rempli de sang noir caillé et en partie filamenteux; il y en a environ une livre et demie. Ce sang est adhérent à presque toute la surface de l'estomac, et surtout dans les points où manque la muqueuse et vers les parties les plus déclives. Dans les points où elle est conservée, la muqueuse gastrique est mamelonnée, à bourgeons pédiculés, muqueux, à têtes larges comme de petits champignons; cette membrane est du reste épaisse et dure. Les ulcérations de la muqueuse offrent beaucoup d'étendue; elles présentent une couleur brune et sont de deux ordres : 1° les unes longitudinales, en lanière, sous forme de bandes étroites et allongées en forme de ruban; 2° les secondes disposées en plaques irrégulières. Celles-ci siègent vers la grande courbure; les premières n'affectent pas de siège privilégié. Vers le milieu de la petite courbure de l'estomac, on aperçoit un orifice de vaisseau artériel capable d'admettre une plume de corbeau et qui a dû fournir le sang de l'hémorrhagie. La dissection a fait reconnaître que c'était la troisième branche postérieure de l'artère coronaire stomacique.

6. M. Böhler fait voir un rétrécissement du rectum et trois perforations du gros intestin trouvées chez un homme de cinquante ans et qui jusque-là avait joui d'une bonne santé. En octobre 1834 il fut pris, à la suite de fatigues et de veilles prolongées, d'une affection qui se rapporte seulement à une entérite; laquelle fut peu intense, mais dura fort long-temps et fut très-peu soignée. Vers le mois de novembre 1835, il éprouva une vive dou-

leur du ventre qui nécessitait sa flexion en avant, et qui fut accompagnée de vomissements et d'arrêt dans le cours des matières fécales, dont l'excrétion avait toujours été irrégulière depuis l'entérite. Cette difficulté persista, augmenta même après cette crise, à laquelle succéda aussi une douleur permanente du ventre, dont le volume n'était pas augmenté. En janvier 1836, le malade entra à la Charité pour de nouveaux accidents de péritonite avec suspension dans l'émission des matières fécales. Les antiphlogistiques et les purgatifs vigoureux calmèrent ces accidents, mais les selles restèrent cependant difficiles et rares. Sorti en février, il reentra le 14 mai. Les mêmes accidents avaient persisté, et depuis cinq jours il n'avait pu aller à la selle. Le ventre était tendu, ballonné, médiocrement douloureux à la pression, mais il était le siège de douleurs punitives très-vives. Les purgatifs les plus violents n'amenèrent aucune selle; les antiphlogistiques ne modérèrent point les symptômes. Le volume du ventre augmenta; du hoquet survint; la face s'altéra. Un vaste bourrelet hémorrhoidal se déclara au pourtour du rectum, qui, exploré avec le doigt, fut trouvé vide de matières fécales, et le malade succomba le 22 mai.

A l'autopsie, on trouva peu de traces de péritonite, point d'épanchement séreux, mais trois ruptures du gros intestin, qui était énormément distendu, avec issue de matières fécales demi-liquides dans le petit bassin. Une de ces ruptures était au fond du cœcum, l'autre siégeait vers le milieu de l'S iliaque; enfin, la troisième s'observait au niveau de l'endroit où le rectum s'enfonce dans le petit bassin; ce point de l'intestin était en outre le siège d'un rétrécissement causé par une masse encéphaloïde oblitérant complètement l'intestin et paraissant développée sur une ancienne cicatrice d'ulcération.

Aucun autre organe ne contenait de traces de matière encéphaloïde.

7. *M. Pigné* fait voir un rein double situé au-devant de la colonne vertébrale et duquel partent deux uretères. Les artères iliaques primitives envoient deux branches à cet organe, qui en reçoit néanmoins deux autres de l'aorte. Une de ses veines se rend dans la veine sacrée médiane.

8. *M. Barthez* fait voir des lambeaux d'hydatides rendus avec les urines et venus probablement des reins, comme plusieurs observateurs ont déjà eu occasion de s'en assurer.

9. *M. Pigné* présente un grand nombre de calculs vésicaux, dont trois trouvés chez un homme qui avait été affecté de paralysie générale et de rétention d'urine, ont cela de remarquable qu'ils renferment, sous les trois dans leur centre un corps étranger différent pour chacun d'eux: le premier contient un fragment de silex grisâtre, opaque, poli, du volume d'un pois; le second, un autre fragment de silex, ayant tous les caractères de la pierre à fusil, et le troisième un morceau d'acier. Les trois calculs sont formés de cristaux radiaux du centre à la périphérie. Un calcul trouvé chez un autre sujet est remarquable par une disposition tout opposée: on trouve une cavité au centre. Enfin *M. Pigné* fait voir quatre corps étrangers trouvés dans l'articulation du genou, l'un chez l'homme, les autres chez des

chevaux ; leur volume est très-considérable ; ils étaient tous adhérents à un point de l'articulation par un prolongement membraniforme.

10. *M. Denonvilliers* fait voir deux testicules atrophiés, trouvés chez un homme de quarante-cinq ans ; ils sont tous deux réduits à un très-petit volume, mais l'un beaucoup plus que l'autre. Une circonstance digne de remarque, c'est que ces organes ont conservé leur texture et leur consistance normale ; on ne trouve qu'un très-petit point fibreux dans l'un des deux.

11. *M. Godin* fait voir le vagin d'une vieille femme, dont la paroi postérieure présente une saillie considérable à laquelle correspond une poche du rectum du même diamètre. On faisait porter depuis vingt ans un pessaire à cette femme. Ce moyen ne pouvait être d'aucune utilité pour réduire la tumeur.

M. Nivet apprend à la Société qu'il a eu occasion de voir un cas semblable ; la femme qui le présentait avait une tumeur de l'ovaire et une hydropisie ascite pour laquelle on pratiqua plusieurs fois la ponction. On observa que toutes les fois que l'abdomen était vidé, la tumeur vaginale reparaissait, pour reparaitre dès qu'il se faisait une nouvelle accumulation de liquide.

12. *M. Barthès* présente une énorme tumeur graisseuse extirpée de la cuisse d'une femme de vingt-six ans, qui la portait depuis six ans. Cette tumeur, située au-dessous des muscles biceps et demi-membraneux, qui s'étaient épanouis sur elle en membrane mince, occupait la partie postérieure de la cuisse dans presque toute sa hauteur ; à peine l'aponévrose et la couche musculaire ont-elles été divisées, qu'elle s'est pour ainsi dire énuclée, et qu'il a suffi du doigt pour la détacher des parties environnantes. Elle pesait huit livres et demie.

13. *M. Pigné* montre l'épiderme de deux doigts d'un phthisique qu'il a enlevé de toute pièce et préparé de manière à lui conserver la forme des dernières phalanges. Cette forme est remarquable par la longueur du diamètre antéro-postérieur et par la courbure longitudinale de la face onguéale, ce qui rend le doigt crochu.

14. *M. Pigné* communique les résultats de l'emploi qu'il a fait de la méthode de *Klein*, citée dans *Chénius*, pour la guérison des chutes du rectum. *Klein* conseille de saupoudrer la tumeur avec un mélange de parties égales de colophane et de calomel. Selon lui, il suffit d'une seule application chez les enfants ; il en faut deux pour les adultes et trois ou quatre pour les vieillards ; dans ces derniers cas elles se font à vingt-quatre heures de distance. Voici dans quelle circonstance *M. Pigné* a mis cette méthode en usage : une vieille femme était sujette depuis très-long-temps à des chutes du rectum, qui rentrait au bout d'un temps plus ou moins long ; depuis trois ans, le prolapsus était permanent ; l'intestin dépassait l'anus de près de six ponce. A la première application, on vit le rectum rentrer vermiculairement, de sorte qu'il n'en resta qu'un demi-pouce à l'extérieur ; mais il ressortit bientôt. La deuxième et la troisième application déterminèrent une inflammation assez vive ; la tumeur était tendue, rouge et doulou-

reuse. Un cataplasme émollient suffit pour calmer ces accidents, et l'intestin rentra. Il ne ressortit que plusieurs jours après sous l'influence d'efforts considérables causés par la constipation. Une nouvelle application suffit pour le faire rentrer de nouveau. Il ne ressortit plus jusqu'à l'époque de la mort, qui arriva trente-deux jours après. A l'autopsie, on vit que les trois membranes adhéraient entr'elles et qu'elles faisaient toutes les trois partie de la tumeur ; un tissu cellulaire ferme unissait le rectum au sacrum, de sorte que le prolapsus ne paraissait plus possible. La membrane muqueuse ne présentait aucune trace d'inflammation.

— Ont échangé leur titre de membre-adjoint contre celui de titulaire : MM. Mercier, le 29 juin, et Fleury, le 6 juillet. — M. Beau, remplissant les conditions exigées par le règlement, a obtenu le titre de membre honoraire. — M. Rochoux a été admis au nombre des membres adjoints, le 22 juin, et M. Leroux a été nommé membre correspondant le 6 juillet.

Fracture du col du fémur et fracture longitudinale du grand trochanter du même côté. — Observation recueillie par M. TONNELIÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Bosset, âgée de soixante-dix-sept ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, le 19 décembre 1855. Cette femme est d'une très-faible constitution, d'une grandeur au-dessous de la moyenne. Pour tous renseignements, elle dit être tombée de sa hauteur sur la hanche gauche.

A son entrée, elle présentait tous les signes de la fracture du col du fémur. Raccourcissement de la jambe, pointe du pied tournée en-dehors ; déformation de la hanche ; crépitation très-manifeste, douleur très-forte lorsqu'on lui fait exécuter quelques mouvements ; on ramène très-facilement la jambe à sa longueur ordinaire. On observe des traces de contusion au niveau du grand trochanter gauche. On place le membre sur un double plan incliné.

La malade ne présenta rien de particulier jusqu'au 5 janvier ; à cette époque, elle fut prise de toux, d'un peu de

difficulté de respirer, elle perdit l'appétit. Cet état empira jusqu'au 8 janvier, époque à laquelle elle succomba.

Autopsie, vingt-cinq heures après la mort. Les deux poumons sont fortement engoués; de plus, ils se déchirent avec facilité, mais ce n'est pas cette friabilité qu'on rencontre au deuxième degré de la pneumonie des adultes. La plèvre droite contient une sérosité rougeâtre, une livre environ; pas de fausses membranes.

Voici les désordres observés dans la hanche gauche :

Les muscles étaient ramollis, et comme macérés au milieu d'un épanchement qui les avait pour ainsi dire disséqués jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, surtout à la partie interne; le désordre était d'autant plus grand qu'on s'approchait plus du col du fémur. L'os présentait une double fracture, l'une qui avait séparé le col à sa base, en suivant les lignes qui, antérieurement et postérieurement, vont de la base du grand trochanter au petit. Le col était un peu incliné vers le bord postérieur du grand trochanter, et sa base était enfoncée dans l'épaisseur de cette éminence à la manière d'un coin; celle-ci était elle-même fracturée suivant son axe, dans le sens d'une ligne qui de la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, irait gagner la face interne et postérieure, à dix-huit lignes au-dessous du petit trochanter. Le fragment postérieur était séparé du corps, et le petit trochanter s'y trouvait compris. Toutes ces parties se trouvaient réunies çà et là par des nœuds du périoste et des tissus fibreux environnants. En outre, on trouvait entre les fragments une substance celluleuse rougeâtre molle, qui m'a semblé être l'indice d'un travail réparateur.

Extrait du rapport de M. CHASSAGNAC sur l'observation précédente.

La fracture décrite par M. Tonnelié appartient à la classe de celles que j'ai désignées sous le nom de fractures *extra-capsulaires avec invagination*. Supposez une solution de continuité qui sépare la base du col d'avec le reste de l'os, et qui, partant du bord supérieur du grand trochanter, soit dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et vous aurez une idée de l'élément principal et pour ainsi dire essentiel de cette fracture; mais elle présente en outre ceci de particulier, que le fragment trochantérien est creusé en gouttière, de manière à recevoir l'extrémité inférieure du col, qui est taillée en coin et qui se trouve invaginée dans l'excavation que présente le grand trochanter. En outre, le fragment trochantérien est divisé par une fracture verticale qui isole, en arrière, un fragment sur lequel se trouve le petit trochanter.

L'ensemble du fragment trochantérien, creusé en gouttière, et subdivisé en deux portions par la fracture verticale, représente parfaitement l'aspect d'un gorgoret qui serait fendu par la moitié dans le sens de sa longueur. On voit que de cette manière, non-seulement il y avait invagination, mais qu'en outre la base du col était engagée dans une sorte de bifurcation de la partie supérieure du fémur.

Un travail de consolidation déjà très-avancé réunissait tous ces fragments d'une manière très-solide, il consistait dans cette forme déjà connue sous le nom de *consolidation ligamenteuse des fractures du col du fémur*. Sans examiner ici le mode de production de cette substance ligamenteuse et les modifications qu'elle aurait pu subir ultérieurement, je vais en étudier les caractères tels qu'ils se sont présentés à moi, sur la pièce dont je fais la description.

Cette substance, qui remplissait assez exactement tout l'espace que laissaient entre eux les fragments, était composée de faisceaux très-courts et très-nombreux, qui s'étendaient parallèlement de la surface de chaque fragment, à la surface du fragment juxtaposé; les faisceaux ne présentaient pas un aspect blanc, nacré et brillant, comme celui des tendons et des ligaments dans leur état normal, mais ils offraient un aspect terne; dans quelques points, leur couleur était altérée par la matière colorante du sang épanché entre les fragments; dans d'autres, cette substance offrait une sorte de demi-transparence, qui se rapproche beaucoup de celle qu'on observe dans des ligaments, et des tendons soumis à une ébullition prolongée, quand on les examine avant le moment où ils prennent un état tout-à-fait gélatiniforme et tremblotant.

Pour compléter, par l'action des réactifs, l'examen de cette substance, j'en ai soumis une partie à l'ébullition; elle a d'abord pris une teinte blanc de lait et perdu son aspect demi-transparent, pour reprendre, à un degré d'ébullition plus élevé, un aspect tout-à-fait gélatiniforme.

Les faisceaux qui composaient cette substance présentaient en masse une grande solidité, et formaient pour les fragments un appareil contentif puissant; et qui ne permettait pas de les séparer, même par des tractions très-fortes; mais soulevés un à un avec la lame d'un scalpel, ils se rompaient beaucoup plus facilement que ne l'eussent fait des faisceaux de tissu fibreux normal qui leur auraient été égaux en volume. Ils différaient encore du tissu fibreux ordinaire, en ce que, tirés dans le sens de leur longueur, ils offraient un certain degré d'extensibilité. Ces faisceaux dont les plus épais avaient à peine deux lignes de diamètre, présentaient dans quelques points de l'analogie avec les fibres qui, dans les disques intervertébraux, se rapprochent le plus du centre, et semblablement à ces fibres, ils étaient infiltrés d'une substance comme gélatineuse, qui

devenait d'autant plus abondante qu'on se rapprochait davantage du lieu de l'implantation des fibres aux surfaces de fracture. Cette substance comblait les interstices existant entre les faisceaux.

J'ai recherché avec soin l'existence de vaisseaux sanguins, dans cette substance de nouvelle formation, je n'en ai rencontré aucun vers les parties centrales, mais à la circonférence j'en ai trouvé quelques-uns; il m'a été impossible de reconnaître assez exactement leur origine pour oser affirmer ou qu'ils fussent aussi de nouvelle formation, ou qu'ils fussent simplement des radicules de vaisseaux, appartenant au périoste, et qui auraient été enlevés avec lui.

A la partie supérieure de cette fracture, existait encore du sang épanché; j'ai trouvé, en cet endroit, des canaux veineux d'une capacité considérable et dont la plupart étaient dirigés dans le sens vertical. Le point de jonction du col avec la ligne trochantérienne me semble une des parties les plus vasculaires du fémur; et je n'hésite pas à regarder la présence de ces canaux veineux, qui minent en quelque sorte le grand trochanter, comme une des causes qui permettent au col de l'os, pour peu qu'il soit taillé anguleusement, de pénétrer à la manière d'une espèce de coin, dans le tissu du grand trochanter, ainsi, du reste, que je crois l'avoir démontré d'une manière incontestable par les faits que j'ai rapportés dans ma thèse inaugurale.

On sait, d'ailleurs, qu'indépendamment de ces canaux, le grand trochanter est une des portions du système osseux, qui, sous l'influence de l'âge, se creusent des cellules considérables, cellules qui rendent le tissu du grand trochanter éminemment pénétrable et fragile, et permettent au col du fémur de s'implanter dans le corps de cette éminence. Ce phénomène ne peut plus être un objet de doute depuis qu'on a constaté, par l'examen anatomique, l'existence de fractures dans lesquelles le col s'était implanté dans le tissu du grand trochanter, et y était resté fixé. A. Cooper et

A. Key en ont observé un cas chez un homme qui succomba au quinzième jour d'une fracture du col du fémur. M. Hervez de Chégoin en a observé un autre exemple, et enfin M. Wray a rapporté une observation recueillie sur un vieillard de soixante-quatre ans, mort au quatrième jour d'une fracture du col, dans laquelle on n'avait pu percevoir de crépitation. M. Wray a trouvé que le col était resté implanté dans le tissu spongieux du grand trochanter. La pièce qui vous a été remise par M. Tonnelié appartient à cette variété, dont M. Travers a vu, chez un homme de soixante ans, un exemple d'autant plus curieux, que le fragment trochantérien ayant été fracturé verticalement, les deux portions de ce fragment s'étaient consolidées entre elles, à distance, laissant le col implanté dans leur intervalle; en sorte que ce dernier était doublement invaginé, et parce qu'il s'était implanté mécaniquement entre ces deux portions, et parce que, dans cette position, il commençait à s'entourer de la matière osseuse nouvelle.

Dans ce cas (de M. Travers), qui offre la plus grande analogie avec le cas actuel, la fracture séparait le corps de l'os la partie postérieure du grand trochanter, et avec elle le petit trochanter. Les fragments s'étaient consolidés à une petite distance l'un de l'autre; de sorte qu'il s'était formé entre eux une excavation, dans laquelle le col du fémur était reçu, et où il n'avait pas encore contracté d'union osseuse; il n'y tenait que par la virgule, qui s'était formée autour de lui, car après la macération, il pouvait être mu facilement dans la cavité où il avait été reçu, et d'où l'on ne pouvait le faire sortir.

D'après la conformité frappante qui existe entre ce cas et celui que vous a présenté M. Tonnelié, je ne doute pas que les mêmes résultats n'eussent été observés, lorsque l'union ligamenteuse provisoire aurait été accompagnée de production de matière osseuse autour des fragments.

Fracture comminutive de l'extrémité supérieure du fémur, chez une femme de quatre-vingts ans. — Observation recueillie par M. NIVET, interne à l'hospice de la Vieillesse (femmes).

Le 2 juillet 1855, la nommée Gay (Marie) fut admise, à l'âge de soixante-dix ans, à l'hospice de la Salpêtrière, pour cause de vieillesse. Cette femme est d'une forte constitution, d'une taille médiocre, ses membres sont volumineux; elle n'a jamais eu de maladie grave, mais elle éprouvait souvent des migraines suivies de vomissement et quelquefois de diarrhée. Elle dit avoir été paralysée du côté droit à l'âge de soixante-dix ans; mais il n'en reste aucune trace.

Le 20 janvier 1856, elle fut renversée par un cheval; elle ignore comment elle est tombée. Transportée immédiatement à la Salpêtrière, elle fut placée au n° 9 de la salle Saint-Michel.

A la visite du 21, nous trouvâmes cette malade dans l'état suivant : la cuisse et la hanche droites sont considérablement tuméfiées; on remarque dans divers points, et surtout sur la surface externe du membre, plusieurs ecchymoses profondes.

La hanche et la cuisse sont le siège d'une douleur très-vive; le plus léger mouvement imprimé à la jambe arrache des cris à la malade; le pied est dans la rotation en dehors, la jambe est un peu fléchie sur la cuisse, ce qui empêche d'apprécier exactement le raccourcissement; il paraît être d'environ 8 à 10 lignes.

L'intensité des douleurs nous a empêché d'exercer des tractions pour rétablir la longueur naturelle du membre; mais en saisissant le fémur à ses deux extrémités, on ne détermine ni crépitation ni mobilité. En comprimant pendant long-temps la hanche, on parvient à sentir le grand

trechanter qui est plus rapproché de la crête iliaque, et porté un peu plus en arrière que celui du côté opposé; le pouls est naturel, assez régulier; la peau n'est pas sèche; les fonctions digestives se font bien.

On se contente d'appliquer des cataplasmes résolutifs sur la hanche et la cuisse malades.

Les jours suivants, la malade paraît assez bien; elle n'éprouve pas de fièvres; le volume de la cuisse est un peu diminué; mais cette femme étant très-grosse, et la douleur de la hanche s'opposant à ce qu'elle puisse se mettre sur le bassin, elle rend ses matières excrémentitielles dans son lit. Dans les premiers jours, le siège commence à offrir des plaques d'un rouge vif.

Le 15 février, sans cause connue, cette femme paraît plus faible; la langue est sèche, râpeuse; la soif vive; l'appétit est diminué; le pouls est plus fréquent (130 pulsations à la minute); la malade tousse un peu. (L'excoriation des fesses se couvre de phlyctènes.)

Le 16 février, des escarrhes gangréneuses commencent à se former au niveau du sacrum.

Le 17, la langue est brunâtre, salie, râpeuse; le ventre indolent; la soif vive; le pouls présente toujours le même caractère; la peau est sèche et chaude; les escarrhes du siège se tendent; la prostration des forces est considérable. Cette malade est morte le 18 à 4 heures du matin.

Autopsie faite le 19 février 1836, à 9 heures du matin. —

Le cerveau ne remplit pas complètement la cavité osseuse du crâne; on trouve une petite quantité de sérosité rougeâtre le long de la convexité des hémisphères, mais il n'existe aucune trace de cicatrice ou de foyer sanguin dans le cerveau, le cervelet ou le bulbe rachidien.

Cavité thoracique. — Œdème et hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit. Hépatisation grise et ramollissement du sommet du poumon gauche.

Le foie est remarquable par sa forme; il ne s'étend pas

au-delà de l'hypocondre droit; il est assez régulièrement hémisphérique.

La peau de la cuisse droite n'offre aucune trace de plaie ni d'excoriation; mais il existe à la partie supérieure et externe de ce membre une ecchymose blanchâtre très-étendue, et qui est fort rapprochée d'une seconde tache semblable; située en dehors, immédiatement au-dessous du genou. Le tissu cellulaire est infiltré de sang noir dans les endroits qui correspondent à ces ecchymoses, les muscles adducteurs, triceps crural au niveau des taches, le grand fessier près de son extrémité inférieure, sont pénétrés de sang noir et liquide. Immédiatement au-dessous du grand trochanter, existe un foyer sanguin considérable, dont les parois sont formées par les muscles adducteurs et triceps crural. Le fémur est fracturé comminutivement au-dessous de son col.

- 1°. Le fragment supérieur est formé par le col, la tête et le grand trochanter; en arrière cette dernière partie est un peu entamée; en avant on remarque une échancrure qui correspond au fragment le plus inférieur. Ce premier fragment est tiré en haut et un peu en arrière.

- 2°. Le petit trochanter est détaché du reste de l'os dont il a entraîné une portion assez considérable; il est porté en haut, et logé en partie dans les fibres du muscle pectiné.

- 3°. Une esquille volumineuse existe en arrière et en dehors du fragment précédent.

- 4°. L'extrémité supérieure du corps de l'os (constituant le fragment inférieur), taillée en bec de flûte aux dépens de ses parois postérieure et interne, est tirée en haut et en dedans, et cachée en partie dans l'épaisseur du premier adducteur. Le périoste est complètement déchiré: les différentes parties fracturées sont unies par les muscles.

Le sang qui environne les fragments est coagulé, noirâtre; dans quelques endroits, cependant, les caillots sont plus fermes et décolorés; ce sont ceux surtout qui avoisinent les muscles.

Nulle part nous n'avons trouvé, soit sur les muscles, soit sur les os ou le périoste, rien qui ressemblât à de la lymphe plastique.

Du sang imbibe la moelle et la colore en rouge.

Le col du fémur est volumineux, court et assez oblique.

En résumé, cette malade a présenté la plupart des symptômes de la fracture du col du fémur : la douleur dans la hanche, le raccourcissement du membre pelvien, la rotation du pied en-dehors.

Si la douleur avait été moins vive et le gonflement moins grand, on aurait pu reconnaître que pendant l'extension de la cuisse, le grand trochanter ne changeait pas de place; ce qui aurait démontré qu'il était séparé du fémur.

Quant à la cause, il est difficile de décider si le cheval a donné un coup de pied à cette femme. Cependant, si l'on remarque qu'il n'existait sur la cuisse aucune trace d'excoriation, qu'il y avait des contusions le long de toute la partie externe de ce membre, tandis que la contusion produite par un coup de pied aurait dû être circonscrite, on sera porté à conclure que la fracture a été le résultat de la chute.

La cause que nous venons d'indiquer détermine le plus souvent la fracture du col du fémur; mais la brièveté et le volume de cette partie nous expliquent la résistance qu'elle a opposée dans ce cas.

L'absence de lymphe plastique nous a paru mériter d'être mentionnée; il semblerait, d'après quelques auteurs, que le cal ne peut pas se former sans ce liquide.

Nous croyons que la présence du sang suffit pour que le cal se développe, et voilà les raisons qui existent en faveur de cette opinion, qui est celle de John Hunter :

1°. Il est des cas de fractures dans lesquels on ne trouve pas de lymphe plastique, tel est celui que nous avons rapporté. M. Nélaton nous a dit avoir aussi observé quelques cas semblables.

2°. Le sang renferme tous les éléments de la lymphe plastique.

Cette lymphe, en effet, n'est pas une sécrétion particulière; elle n'a pas d'organe spécial qui la secrète; elle est le résultat d'une simple filtration du sang. Aussitôt qu'il existe une solution de continuité, les vaisseaux rompus laissent échapper le liquide qu'ils contiennent; bientôt leur ouverture se resserre, et il ne s'écoule plus qu'un liquide séro-albumineux qui n'est que du sang privé de globules et renfermant peut-être une petite quantité de fibrines.

Qu'on ne croie pas, du reste, que nous ayons l'intention de rejeter l'existence de la lymphe plastique, et de nier son action dans la formation du cal, lorsqu'elle est sécrétée. Mais nous le répétons, nous ne pensons pas qu'elle soit une condition indispensable de cette formation. Il nous reste à examiner les causes qui ont ici retardé son développement.

La grande quantité de sang épanché, l'âge avancé de la malade et l'existence d'une inflammation étendue dans un organe important, nous paraissent des causes suffisantes pour expliquer ce retard.

Extrait du rapport de M. CHASSAIGNAC sur l'observation précédente.

Plusieurs particularités de cette observation méritent d'être signalées. La première est l'âge avancé de la malade. En général, quand une fracture existe à la partie supérieure du fémur, il est rare de rencontrer cette fracture ailleurs qu'au col fémoral lui-même, lequel, par suite du progrès de l'âge, acquiert une fragilité qui le fait se briser préférentiellement à tout autre point de la partie supérieure de l'os. Cette fragilité est telle, qu'elle rend très-difficile la luxation

du fémur à un âge avancé, parce que les violences qui pourraient produire la luxation, déterminant d'abord la fracture du col, sont par là même impuissantes à effectuer la luxation. Ce n'était donc pas sans quelque surprise que j'avais entendu attribuer à une simple chute la fracture survenue chez cette malade, et lorsque j'ai vu qu'il avait été impossible de recueillir aucun renseignement bien positif à cet égard, j'ai été très-porté à croire que la chute n'était point la cause réelle de la fracture, et que celle-ci avait très-probablement été causée par un coup de pied de cheval, au moment où la malade fut renversée. Cette opinion, qui tire, à mon sens, une grande force du siège de la fracture comparé à l'âge du sujet, me paraît encore singulièrement fortifiée par le mode de cette fracture qui était comminutive, et par l'existence de larges ecchymoses dans les muscles et le tissu cellulaire, enfin, par la présence d'un vaste foyer sanguin dans le lieu de la fracture.

Ainsi qu'on l'observe dans la plupart des fractures du fémur au-dessous des trochanters, il existait des douleurs vives à la hanche et dans la partie supérieure de la cuisse. Cette particularité fait un des caractères de ce genre de fracture, et a même été mise par sir A. Cooper au nombre des présomptions et des signes qui peuvent faire diagnostiquer l'existence des fractures situées au-dessous des trochanters; et puisque ce signe, qui constitue un caractère distinctif des fractures extra-capsulaires comparées aux fractures intra-capsulaires, me fournit l'occasion de parler du diagnostic différentiel de ces deux ordres de fractures, je ferai observer que parmi les signes distinctifs qui ont été mentionnés par A. Cooper, il en est un dont l'exposition semble encore susceptible de quelques développements.

Ce signe, celui qui sans contredit aurait le plus d'importance si son caractère diagnostique était bien arrêté, c'est le *degré du raccourcissement*. D'après sir A. Cooper, le raccourcissement est plus considérable dans la fracture

extra-capsulaire que dans celle qui a lieu à l'intérieur de la capsule. Ce chirurgien n'a cité qu'un petit nombre de cas.

Une opinion diamétralement opposée à celle de sir A. Cooper a été soutenue par R. William Smith. Ce dernier chirurgien, s'appuyant d'abord sur le raisonnement, fait remarquer que la capsule coxo-fémorale étant très-serree, paraît dans l'impossibilité de se prêter à un déplacement aussi considérable que celui dont parle sir A. Cooper, à moins qu'il n'y ait une large déchirure de cette capsule, ce qui s'observe rarement dans les fractures du col du fémur. Il ajoute : 1° une circonstance qui vient encore faire obstacle à un raccourcissement considérable dans le cas de fracture intra-capsulaire, c'est l'intégrité d'une portion considérable du périoste du col; or, cette intégrité a été constatée dans plusieurs cas de fracture du col du fémur par E. Stanley, t. 13 des *Transactions médico-chirurgicales de Londres*. 2° Carle fait remarquer que quand le col est fracturé dans l'articulation ou très-près de la tête, il y a peu ou même point de rétraction au moment de l'accident, et que quant au raccourcissement de deux pouces que l'on dit avoir observé, il n'en a jamais vu de semblable, et qu'il regarde cette évaluation comme inexacte et exagérée. 3° En opposition aux difficultés qu'éprouve la rétraction dans le cas de fracture intra-capsulaire, il faut mettre en regard la facilité avec laquelle les muscles dont l'action n'est entravée par aucun obstacle, attirent en haut le fragment inférieur, tandis que le supérieur est poussé en bas par le poids du corps. 4° Enfin, un argument plus puissant que tous ceux qui précèdent, puisqu'il repose sur l'observation directe d'un bon nombre de faits, c'est que, sur treize cas de fractures du col du fémur contenus dans le Muséum de l'hôpital de Richmond, et dans lesquels le degré de raccourcissement a été noté avec soin, on voit que sur neuf cas de fractures intra-capsulaires, toutes, à l'exception d'une seule, n'offraient qu'un pouce de raccourcissement, tandis que les

fractures extra-capsulaires offraient au moins un pouce et demi de rétraction.

William Smith fait observer que la cause des divergences qui existent au sujet du degré de raccourcissement dans les fractures intra-capsulaires comparées aux fractures extra-capsulaires, tient probablement en grande partie à ce qu'on n'a pas distingué avec assez de soin le raccourcissement qui a lieu dans les deux ou trois premiers jours, qui est l'effet de l'action musculaire, et qui peut être détruit par l'extension, d'avec le raccourcissement que l'on observe à une époque plus avancée, qui est le résultat de la résorption du tissu osseux, et qui est permanent.

Il importe donc de se rendre un compte exact des époques différentes auxquelles peut survenir le raccourcissement et d'en apprécier les caractères essentiels; sous ce rapport on peut établir les distinctions suivantes :

1° Le raccourcissement peut avoir lieu instantanément au moment de la fracture, et à un degré considérable; ce mode de raccourcissement s'observe surtout dans le cas de fracture comminutive à l'extérieur de la capsule;

2° Dans certains cas, le raccourcissement ne devient évident que du quatrième au sixième jour. Cela tient à ce que les muscles ayant été paralysés par suite d'une violente contusion, le membre ne présente de raccourcissement que d'une manière progressive, et à mesure que les muscles reprennent leur tonicité;

3° Il y a d'autres cas où la rétraction, d'abord peu prononcée, devient considérable au bout d'un mois à six semaines. C'est dans des cas de cette nature qu'on trouve une résorption et une disparition complète du col de l'os;

4° Enfin, il peut arriver que le membre conserve sa longueur normale pendant plusieurs semaines, et qu'il se raccourcisse au bout de ce temps, non graduellement, mais tout à coup. William Smith cite deux cas de ce genre. Sabatier en a vu un dans lequel le raccourcissement ne s'est

manifesté qu'au bout du vingt-troisième jour. La théorie de ces raccourcissements consécutifs est la suivante : il est probable que, dans ces cas, le périoste du col étant resté intact au moment de la fracture, a suffi pour empêcher la rétraction du membre, mais que se déchirant, cédant plus tard, soit par un mouvement imprudent du malade, soit par quelques efforts peu modérés exercés par le chirurgien, pour provoquer la crépitation, il permet au raccourcissement de s'opérer aussitôt;

5° Enfin il est encore un autre mode de raccourcissement consécutif, dont la possibilité a été admise par Dupuytren, et qui dépendrait de ce que le col céderait à la contraction des muscles ou au poids du corps, et qui pourrait ne survenir qu'après cinquante, soixante, quatre-vingts jours de traitement par le repos et l'extension. La raison sur laquelle William Smith s'appuie pour nier cette cause de raccourcissement consécutif ne me paraissant pas concluante, je pense que ce mécanisme de raccourcissement doit être admis au même titre que ceux qui ont été précédemment exposés.

Péritonite chronique et ascite. — Tumeur développée dans la paroi antérieure de l'utérus. — Observation recueillie par M. MASLIEURAT-LASGEMARD, interne à la Pitié.

Le 8 mars 1836, il est entré à l'hôpital de la Pitié une femme nommée Doué, âgée de soixante-douze ans, femme de ménage; elle paraît bien constituée et très-bien conservée : sa santé a toujours été bonne, et de loin en loin elle commettait quelques écarts de régime. Elle n'a jamais eu d'enfants, et a toujours été bien réglée jusqu'à quarante-cinq ans.

Elle fait dater sa maladie du mois de janvier dernier.

Pour tous renseignements antérieurs, elle nous dit qu'elle s'est exposée au froid étant en sueur, et qu'à la suite elle a eu quelques frissons et de la fièvre : il faut ajouter à cela quelques excès qu'elle aurait faits à la même époque. A la suite de ces deux causes, elle a eu du dévoiement, des vomissements assez violents; le ventre est devenu tendu et douloureux : elle rendait des gaz en grande quantité; peu à peu, l'abdomen a grossi en commençant par la partie inférieure, où la malade n'avait jamais remarqué de tumeur, ni dureté; elle n'avait jamais éprouvé de gêne dans l'excrétion de l'urine ou des matières fécales; aucune douleur dans le dos ni dans les cuisses.

L'appétit était conservé, il y avait peu de soif, pas de céphalalgie, elle urinait bien; la respiration ainsi que les fonctions du cœur se faisaient comme à l'état normal, autant toutefois qu'elle a pu nous en rendre compte. Le ventre grossissant de plus en plus, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital, où elle a présenté les symptômes suivants :

Elle est maigre, et cette maigreur est plus grande qu'au début de sa maladie. La peau a conservé sa chaleur et sa couleur naturelle; aucune expression de douleur ne se fait remarquer sur la figure; le pouls, qui est assez élevé et parfaitement régulier, bat soixante-cinq fois par minute; les battements du cœur correspondent à cette régularité; la percussion et l'auscultation indiquent une intégrité parfaite du parenchyme pulmonaire; il n'y a ni toux, ni expectoration, et le bruit respiratoire s'entend également bien dans tous les points de la cavité thoracique. Aucun œdème, aucune infiltration n'apparaissent dans quelque région que ce soit; pas de céphalalgie; la langue est bien nette, large et humide. Pas de soif ni de nausées; tous les symptômes de la maladie se trouvent donc limités à la région abdominale.

Le ventre est gros, tendu; la peau en est lisse et luisante; les veines sous-cutanées peu prononcées : elles pa-

raissent un peu plus cependant sur les parties latérales ; les pressions sont un peu douloureuses, et quand on déprime la paroi antérieure, elle revient promptement à sa distension première. Dans toute la région inférieure de l'abdomen il y a une matité complète, due en grande partie à du liquide qui s'y trouve accumulé, et dont on peut facilement apprécier la présence par la fluctuation qu'on y détermine. On ne remarque aucune saillie extérieure, et quel que soit le point où l'on veuille déterminer le flot du liquide, il est facile d'y parvenir, et de se convaincre par là qu'il n'est pas limité dans un foyer spécial, mais contenu dans la cavité du péritoine. Les premiers jours, on constate par ce moyen et par la percussion, que le liquide monte jusqu'à deux travers de doigt audessous de l'ombilic. A partir de ce point, et dans toute la région supérieure, il y a un météorisme et une sonorité dus à l'accumulation de gaz que la malade depuis quelques jours rendait par le rectum en très-grande abondance. Les selles sont rares.

La douleur qu'on déterminait par la pression, et la résistance occasionée par les parois abdominales fortement distendues, ne purent permettre d'apprécier avec exactitude l'état des viscères abdominaux, qui, d'après les symptômes locaux et généraux, paraissaient peu souffrir; ce qu'éprouvait la malade était dû, comme M. Clément le présumait avec raison, à une péritonite chronique. (On prescrivit pour boisson une infusion de guimauve édulcorée avec le sirop de gomme, une pilule de Bontius, un cataplasme laudanisé sur le ventre, deux demi-lavements émollients. Le quart pour aliments.)

Cette médication est continuée jusqu'au 17, sans amener aucune amélioration dans son état. Les lavements procurent quelques selles, mais le ventre a augmenté de volume; la quantité du liquide s'est accrue; il monte maintenant au niveau de l'ombilic. Les veines tégumentaires abdominales

sont un peu plus développées. (Pilule de Bontius, bouillon aux herbes, huile de ricin $\mathfrak{Z} \text{jj } 1/4$).

L'infiltration des extrémités et l'oppression suivirent de puis lors une marche assez rapidement progressive. Ces symptômes ne s'étaient cependant, jusqu'au 7 avril, accompagnés que d'un mouvement fébrile peu intense et d'un degré d'affaiblissement assez ordinaire à ces maladies, lorsque, la nuit du 7, elle éprouve un frisson assez prolongé et de la fièvre ensuite. La figure est tirillée et l'amaigrissement a augmenté. Elle urine peu. L'état de l'abdomen est le même : il y a moins de météorisme : elle rend toujours beaucoup de gaz. Pas de selles. La langue est rouge et sèche. Pas de soif. Pas d'étourdissements ni de céphalalgie. Elle demande à manger. Elle se plaint toujours d'ardeurs brûlantes quand elle boit.

Le 8, aux symptômes de la veille se joint un peu d'assoupissement, le pouls devient très-petit. La langue est extrêmement sèche et recouverte d'un enduit noirâtre dans son milieu. La face est plus altérée. Quand elle a bu, elle se plaint d'avoir quelquefois le hoquet. Elle a une selle liquide et rend toujours une médiocre quantité d'urine.

À partir du 8, le pouls devient de jour en jour plus petit : l'enduit noirâtre qu'on remarquait les premiers jours, se prononce davantage et se communique à presque toute la cavité buccale : la peau devient froide et violacée, et sans présenter aucun nouveau symptôme ; elle meurt le 14 avril, à six heures du matin.

Autopsie faite 26 heures après la mort. — État général : Amaigrissement extrême. Comme pendant la vie, le ventre est tendu et sonore dans la plus grande partie de son étendue. Il n'y a que très-peu d'infiltration aux membres inférieurs.

Le cerveau, qui n'est pas plus injecté que d'habitude, n'a rien offert de particulier.

Thorax. — La cavité de la plèvre du côté gauche contenait un peu de sérosité; les deux feuilletés de celle du côté droit étaient intimement adhérents, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on est parvenu à les séparer. Les poumons n'avaient aucun rougeur, aucun engouement; leur couleur et leur consistance normale ont montré qu'ils étaient parfaitement sains. Rien dans le péricarde. Le cœur paraissait plus petit qu'il ne devait être; il y avait épaississement des parois et diminution de la cavité du ventricule gauche, dont je ne puis donner au juste la mesure.

Abdomen. — A peine les parois sont-elles incisées, qu'il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide un peu jaunâtre, parfaitement limpide et transparent; on en a évalué la quantité à cinq ou six litres. L'intestin est lisse et poli; il n'y a pas de fausses membranes, et les anses n'adhèrent pas entre elles. Le grand épiploon était représenté par une plaque large comme deux doigts, unissant fortement la grande courbure de l'estomac avec l'arc du colon; elle se terminait par une pointe arrondie et de la grosseur du doigt, qui était solidement fixée à la paroi abdominale antérieure, à trois pouces au-dessus de l'ombilic et un peu à droite. Cette lame granulée, assez consistante, avait un pouce d'épaisseur.

Tout le tube intestinal était fortement distendu par des gaz. L'intestin grêle avait une teinte noirâtre qui lui était communiquée par une matière noire contenue dans son intérieur. Deux de ses anses adhéraient fortement sur les parties latérales de la matrice, qui occupait toute l'excavation pelvienne, et montait à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Presque tout le gros intestin contenait une grande quantité de matières fécales. Le mésentère, les mésocolons, étaient fort épaissis, et avaient sur leur face libre une foule de petites granulations du volume d'un grain de chènevis, dures, blanchâtres et parfaitement lisses.

L'estomac était petit, revenu sur lui-même; excepté par

sa face antérieure, il adhérait aux parties voisines; ses parois étaient à l'état normal: à l'intérieur, la muqueuse était ridée; l'orifice pylorique où il n'y avait aucune dureté, était considérablement rétréci. L'estomac renfermait une matière noirâtre, visqueuse, filante, un peu moins brune que celle que contenait le duodénum et tout l'intestin grêle. Je ne puis en donner une idée plus exacte qu'en la comparant à du méconium. Toute la surface interne de l'estomac et de l'intestin avait sa couleur et sa consistance normale; le cœcum et une grande partie du gros intestin avaient un volume triple de celui qu'ils ont ordinairement, déterminé par des gaz et des matières fécales.

La rate, saine d'ailleurs, adhérente au calice, à l'estomac et au diaphragme, était recouverte d'une enveloppe fibro-cartilagineuse.

Le foie était petit, ratatiné, il n'avait qu'une adhérence anormale avec l'estomac. Sa couleur était plus pâle que d'habitude; sa substance était dense et se laissait facilement déchirer. La vésicule biliaire, dont les conduits n'offraient rien d'anormal, était petite, et ne dépassait pas le bord inférieur du foie. Elle contenait une très-petite quantité de bile très-peu foncée en couleur et à peine filante. Le pancréas et les reins, dans leur texture, n'ont rien offert de particulier. Le rein du côté gauche n'avait pour ainsi dire pas de bassin. Les calices en se réunissant donnaient immédiatement naissance à deux uretères qui allaient se réunir au niveau du détroit supérieur du bassin; cet uretère unique, résultant de leur abouchement, se comportait alors comme dans les cas ordinaires. La veine a paru parfaitement saine.

Le tronc de la veine porte, ses rameaux intestinaux et ceux qui s'épanouissent dans le foie, n'ont présenté aucune oblitération, aucun rétrécissement. Le sang qu'elle contenait avait une couleur assez foncée. Aucun obstacle n'était

apporté au cours du sang dans les veines iliaques, hypogastriques, et cave inférieure

L'utérus, dont on ne pouvait, d'après les symptômes qu'avait éprouvés la malade, soupçonner aucune lésion, nous a offert un état que l'on peut regarder comme assez extraordinaire, tant à cause du volume énorme qu'il occupait, que par l'absence totale des accidents qui surviennent le plus ordinairement dans les altérations, même légères, de cet organe.

Il remplissait toute l'excavation pelvienne : pressant la vessie en avant et le rectum en arrière, je n'ai pu voir aucun vestige des trompes ni des ovaires : le vagin, ouvert par sa partie postérieure, nous a montré le col petit, rond, lisse et parfaitement sain ; l'orifice presque oblitéré et pouvant à peine donner passage à un stylet très-fin ; ce stylet introduit pénétrait dans une cavité placée à la partie postérieure de la tumeur développée dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la matrice, et qui, par son volume, appliquait par conséquent exactement la face interne de cette paroi antérieure contre celle de la postérieure. L'intérieur de cette cavité avait quatre pouces d'étendue verticalement, et cinq pouces dans le sens transversal. Le corps développé dans la paroi antérieure de la matrice, et en y comprenant l'organe tout entier, était rond, et avait dans tous les sens treize pouces de circonférence.

Ayant coupé cette masse perpendiculairement de haut en bas, et par la partie postérieure inférieurement, nous avons aperçu la cavité dont nous avons parlé plus haut, et après avoir divisé les fibres de l'utérus qui étaient énormément distendues, on arrivait sur un corps fibreux, dur, résistant, dont le tissu était granulé et d'une couleur violacée, se coupant difficilement, et offrant une très-grande résistance à l'effort exercé pour le déchirer. Cette masse fibreuse était entre les fibres de la matrice, dont la séparait un tissu cellulaire assez lâche pour qu'on pût facilement

l'isoler avec le doigt. En continuant la section, au centre de cette tumeur fibreuse, on arrivait sur un autre corps beaucoup plus dur que le premier, blanc, bosselé, présentant des points extrêmement durs, et encroûtés de sels calcaires. Ces granulations étaient unies par un tissu fibreux blanc, résistant, et ressemblant beaucoup à de l'amiante. Il a été très-facile de séparer cette seconde tumeur de la poche de la première où elle était contenue.

Les parois de l'utérus sur la ligne médiane et au-dessus de la cavité avaient cinq lignes d'épaisseur. Celles du corps fibreux, treize lignes, et le produit fibro-calcaire, qui était bosselé et granuleux, avait huit pouces de circonférence.

Tumeur des méninges. — Observation recueillie par M. MAX-DURAND FARDEL, interne à Bicêtre.

Le 1^{er} mars 1836, est entré à l'infirmerie, au n° 44, le nommé Adolphe Frontin, âgé de vingt ans, imprimeur.

Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique, de petite taille, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de quatorze ans. Alors il est devenu sujet à des rhumes fréquents, sans crachement de sang, à des maux de tête violents, enfin à des hémorrhagies nasales très-abondantes. Celles-ci cessèrent il y a dix-huit mois, et dès-lors sa santé commença à se détériorer sensiblement.

Il y a quatre mois, il fut pris tout à coup de surdité du côté gauche, et bientôt après du côté droit; enfin il y a deux mois, il perdit la vue du côté droit, et un mois après de l'autre côté.

Ce jeune homme a été traité, dans plusieurs hôpitaux, par des saignées répétées, et de nombreuses applications de sangsues; un séton a été appliqué derrière le col, il y a un mois.

Voici l'état dans lequel le malade se présente aujourd'hui :

Etat anémique ; décubitus constant sur le dos ; face extrêmement pâle, un peu bouffie, sans expression ; les yeux sont ouverts, complètement immobiles, les pupilles très-dilatées ne se contractent pas ; il y a cécité complète. Le malade entend un peu lorsqu'on élève fortement la voix à son oreille. Les mouvements sont libres ; l'intelligence est bien conservée.

Les fonctions digestives paraissent en bon état ; les mains et les pieds sont très-cédémateux ; la peau est partout d'un blanc mat de cire ; le pouls, peu développé, bat 122 fois dans la minute ; la respiration est d'une grande fréquence ; la sonorité à la percussion est partout médiocre ; mais en arrière et en bas la matité est presque absolue. La respiration se fait partout, excepté en arrière et en bas, où l'on n'entend qu'un souffle bruyant, non vésiculaire. La voix résonne en arrière avec force des deux côtés ; à gauche et en bas, elle a le caractère de l'égophonie. Il n'y a point de signes de tubercules. Les crachats contiennent une assez grande quantité de sang, qui les colore sans s'y mêler intimement.

Le malade demande toujours à manger.

On supprime le séton.

Les jours suivants, l'état du malade devient plus grave encore. Il s'affaisse ; la parole s'embarrasse ; la surdité semble devenir plus complète ; la soif est très-vive ; il survient un peu de dévoiement ; l'hémoptysie augmente.

Le malade demande toujours à manger avec instance.

Mort dans la nuit du 4 au 5 mars.

Autopsie 29 heures après la mort. — Les os du crâne présentent une grande dureté ; la suture frontale a presque totalement disparu ; le cuir chevelu est très-infiltré.

Il y a peu d'adhérences entre la dure-mère et les os. Cette membrane étant incisée, on trouve sur sa face cérébrale, au niveau du lobe postérieur de l'hémisphère droit, trois ou

quatre lignes au-dessus de la tente du cervelet, une tumeur ayant à peu près trois pouces de diamètre, bosselée, dure, offrant l'aspect d'une tumeur encéphaloïde : elle est d'une couleur vert pommé très-foncée, et placée évidemment entre la dure-mère et l'arachnoïde ; ces deux membranes ne présentent aucune altération autour ou au-dessus d'elle.

A la partie antérieure de la base du crâne, on voit une tumeur semblable, un peu moins consistante, grosse comme une petite noix, placée comme à cheval sur l'apophyse crista-galli, et très-adhérente à cette apophyse. — La pie-mère est un peu infiltrée de sérosité ; le cerveau présente une assez grande dureté ; sa substance est parfaitement saine ; les ventricules, d'une étroitesse remarquable, contiennent quelques gouttes de sérosité ; le cerveau n'offrait aucune altération au niveau des tumeurs des méninges ; elles avaient seulement laissé à sa surface une impression très-superficielle ; les nerfs, et en particulier la deuxième paire, sont parfaitement sains.

On trouve dans le conduit auditif externe une matière verte, semblable à celle des méninges, contenue entre la membrane du conduit très-épaissie et l'os, et faisant presque le tour du conduit sans l'oblitérer.

Une matière semblable remplit la caisse du tympan. L'oreille interne est saine. Les deux oreilles présentent absolument les mêmes lésions.

Les deux plèvres contiennent plusieurs verres d'une sérosité citrine claire ; on trouve quelques adhérences en avant, et un épaississement général de ces deux membranes. Les poumons n'offrent pas de tubercules ; ils présentent tous deux, à leur partie postérieure et inférieure, de l'engouement rouge. On trouve, à la racine du poumon droit, une cavité grosse comme une petite noix, contenant un liquide épais, homogène, semblable à du pus bien lié, mais vert absolument comme les tumeurs que j'ai décrites. Les parois de cette cavité ne sont pas tapissées par une membrane ; on n'y voit

point de bronches s'ouvrir. La substance pulmonaire autour d'elle est infiltrée de ce liquide vert dans l'étendue de quelques lignes. Un filet d'eau projeté sur cette cavité détruit la substance du poumon jusqu'au niveau d'une grosse bronche voisine demeurée saine. La muqueuse des grosses bronches présente une rougeur intense, inégalement disséminée, sans épaissement ni ramollissement.

La rate, d'un rouge livide, très-friable, présente à son sommet une tumeur grosse comme une noisette, consistante, verte. Cet organe étant coupé, lorsqu'on le presse on en voit suinter avec le sang des gouttelettes vertes.

Dans le tissu cellulaire qui environne le rectum, on trouve une tumeur adhérente aux parois de cet intestin, ayant à peu près la moitié du volume du pancréas, dont elle représente à peu près la forme : elle est constituée par un tissu vert, tout-à-fait semblable à celui des tumeurs des méninges, dur, résistant au scalpel, ressemblant, pour sa consistance, à du tissu squirreux. Cette substance est vasculaire, et sa coupe perpendiculaire fait voir des taches rouges irrégulières.

Un morceau pris sur cette tumeur du rectum, et soumis à l'analyse chimique, donne une grande quantité de gélatine et un peu de fibrine; les autres organes sont sains.

Je ne connais qu'une observation analogue à celle que je viens de citer.

Cette observation, rapportée par le docteur Balfour dans les *Archives de médecine* (juillet 1835, p. 384), présente une analogie curieuse avec la mienne. Je crois qu'il ne sera pas sans intérêt d'en donner une courte analyse.

Cette observation est intitulée : *Maladie particulière de la dure-mère et des os du crâne.*

Un jeune homme, âgé de dix-huit ans, de constitution scrophuleuse; fut pris de surdité quatre mois avant sa mort : céphalalgie habituelle très-intense; pouls très-fréquent (120 puls.); léger écoulement de l'oreille.

On le soumet à un traitement dont les émissions sanguines et les vésicatoires font la base. Dans les derniers temps de la vie, les yeux sont repoussés hors des orbites, s'enflamment, la vue se perd; l'intelligence et l'appétit se conservent jusqu'au dernier moment; il n'y a point de lésions du mouvement; des abcès se forment autour du col, et il en sort de la matière verte. A l'autopsie, on trouva entre le crâne et les téguments des tumeurs d'un tissu vert, homogène, cartilagineux; ce tissu se rencontrait encore entre la dure-mère et les os. A son niveau, le tissu osseux commençait à s'éroder; il y en avait aussi entre la dure-mère et l'arachnoïde. Au fond de l'orbite, du tissu du même genre chassait les yeux en avant.

Il paraît qu'il existe une troisième observation de ce genre dans la *Revue d'Édimbourg*, mais il m'a été impossible de m'en procurer.

Carie du rocher; paralysie de la face, — Note communiquée par M. PRESSAT, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Le nommé Fleury, carrier, âgé de soixante-dix ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 13 avril 1836, présentant tous les signes physiques de la phthisie. De plus, il est affecté de paralysie dans la moitié droite de la face; si le mouvement musculaire est aboli, la sensibilité de ce côté est intacte et aussi parfaite que celle du côté gauche.

Le malade rapporte sa paralysie à des douleurs d'oreille et à des maux de tête qui existent depuis plus de deux ans, ont toujours siégé du côté droit, et sont accompagnés de surdité et d'un écoulement par l'oreille. Cet écoulement puriforme, plus ou moins abondant et intermittent, faisait diminuer à la fois la surdité et les douleurs. C'est par lui que la maladie a débuté; peu à peu, il est devenu plus fétide, les douleurs plus violentes, la surdité complète; la

paralysie de la face est également complète depuis sept mois.

Le malade meurt le 19 avril.

A l'autopsie, tubercules et cavernes dans les poumons.

La partie du lobe cérébral moyen, qui appuie sur le rocher droit, est marquée d'une tache noire qui pénètre à la profondeur de trois à huit lignes; il n'y a point de ramollissement, mais la substance cérébrale semble plus vasculaire. Il n'y a de pus épanché, ni entre le cerveau, la pie-mère et l'arachnoïde, ni dans la cavité de celle-ci. La portion de dure-mère qui revêt le rocher est un peu épaissie et noircie. Au-dessous d'elle, le bord supérieur du rocher est comme usé, corrodé, percé de plusieurs trous à travers lesquels suinte une suppuration fétide; l'intérieur est friable, cassant, rempli de matière purulente et de détritux de tissu osseux; le tympan détaché baigne dans la supuration, sous l'apparence d'une membrane blanchâtre, épaissie et sans consistance. Une partie des osselets a été détruite par la carie; il ne reste du marteau que la tête, sur laquelle on peut suivre les progrès de la maladie, qui a détruit les apophyses; l'étrier est resté en place.

La plus grande partie de l'aqueduc de Fallope est corrodée et détruite, de manière que le nerf facial baigne à nu dans le liquide purulent. Les canaux demi-circulaires présentent aussi une ouverture qui fait communiquer l'oreille moyenne avec l'oreille interne.

Le nerf facial est continu dans son trajet, et il sort intact par le trou stylo-mastoïdien; dans l'intérieur du rocher, il a pris une teinte grisâtre, a augmenté un peu de volume, et est évidemment ramolli; les cellules mastoïdiennes sont également envahies par la carie; leur cavité est pleine de détritux osseux et de pus blanc crémeux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 13 (3^e SÉRIE) — (Septembre 1836),

révisé

PAR MM. VALLEIX, MARROTTE, CAZALIS, DENONVILLIERS,
NIVET ET DIDAY.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Juillet et d'Août 1836.*

1-2. *Fractures du fémur.* — 3. *Ulérations du tibia et du fémur.* — 4. *Nécrose invaginée du premier métatarsien.* — 5. *Perforation du poumon.* — 6. *Echymoses nombreuses sur plusieurs organes.* — 7. *Calcul dans le canal cholédoque.* — 8. *Rein farci de calculs.* — 9. *Cancer du testicule.* — 10. *Atrophie des organes génitaux internes chez une femme.* — 11. *Nouveau procédé pour agrandir l'ouverture des abcès profonds de l'abdomen.* — 12. *Sperme dans l'urine.* — *Nominations pendant le mois.* — *Erratum.*

1. M. Nivet présente une fracture du fémur non consolidée, qui existait depuis trois ans chez une femme âgée de soixante ans. Il y a quelque temps, des symptômes de scorbut se manifestèrent chez cette malade, et des douleurs très-vives se firent sentir dans l'articulation; des mouvements imprimés au membre les augmentèrent encore. A l'autopsie on a trouvé la capsule conservée, épaissie et renforcée par un prolongement fibreux, qui s'unit au périoste à la partie supérieure. En bas, on remarque une lame fibreuse qui, de la partie du fragment fémoral qui représente la base du col, se porte à la tête du fémur au-dessous de la portion cartilagineuse.

2. M. Landouzy fait voir un fémur qui a été le siège d'une fracture ancienne. Les fragments sont considérablement déplacés, suivant la longueur et l'épaisseur; ils ne pouvaient se toucher par aucun point, et néanmoins un cal solide s'est formé et les a réunis.

3. M. Pigné montre la partie inférieure du fémur et le tibia d'une femme qui portait, depuis un temps très-long, des ulcères à la jambe. Il y en avait à tous les degrés de développement; quelques-uns même étaient cicatri-

sés ; la partie antérieure de la jambe et le mollet étaient rongés. Un œdème des parties inférieures et une hydropisie ascite s'étaient déclarés quelque temps avant la mort. Le tibia présente, dans les points correspondants à ces ulcères, des excavations plus ou moins profondes, dont les unes sont tapissées par une couche de graisse, et les autres offrent des traces de fausses membranes. Aux ulcères cicatrisés correspondent invariablement des excavations contenant de la graisse, et cette graisse s'enlève avec la peau. On ne trouve dans ces points aucune trace de carie ou de nécrose. Le périoste est complètement détruit. A son extrémité articulaire supérieure, l'os est rugueux, ses angles sont effacés ; une excavation, qui se remarque à sa partie interne, reçoit le condyle interne du fémur.

Ce dernier os présente un peu au-dessus de la partie postérieure du condyle une excavation ulcéreuse, contenant du pus lié, crémeux ; et aucune trace de fausse membrane. A une petite distance de là, existe une petite perforation de la substance de l'os, faite comme avec un emporte-pièce, parfaitement arrondie, ayant environ trois lignes de diamètre et conduisant dans une cavité, également pleine de pus, qui baigne la substance osseuse, sans en être séparé par aucune espèce de fausse membrane. Ces os sont extrêmement fragiles, et leurs parois sont minces comme une feuille de papier. M. Pigné se demande si le point de départ de ces lésions a été dans les parties molles ou dans les os, et, en admettant cette dernière opinion, si le développement de tubercules aurait été la première cause de la maladie. Sans chercher à résoudre complètement ces questions, M. Pigné fait remarquer que dans les cas où le développement des tubercules est la cause évidente des maladies osseuses, il y a toujours, ainsi qu'il a eu occasion de le constater dans des recherches sur les tubercules des vertèbres, une fausse membrane fine qui sépare les tubercules des os. Or, dans les ulcérations du fémur, cette fausse membrane n'existait pas.

4. M. Mercier met sous les yeux de la Société une nécrose invaginée de l'extrémité antérieure du premier métatarsien, enlevé à une fille de dix-huit ans, à laquelle, il y a un an, on enleva le premier métacarpien pour une maladie semblable, en conservant le pouce. La portion d'os réséquée contient un sequestre mobile de la longueur de six lignes environ. L'os nouveau est percé de plusieurs trous à travers lesquels on a pu, avant l'opération, introduire un stylet ; le bruit sec produit par l'instrument sur la portion d'os mortifiée a fait soupçonner la nature de la lésion.

5. M. Béhier fait voir une perforation de la partie inférieure et externe du poumon droit, trouvée chez un garçon de dix-huit ans, qui, à la suite d'une application de sangsues à l'aîne gauche, pour une orchite du même côté, eut dans cette région un abcès dont le pus s'écoula par plusieurs ouvertures fistuleuses. Quelques jours après leur cicatrisation, il survint du malaise général et des symptômes du côté des poumons semblables à ceux de la phthisie. Le sujet mourut huit jours après, ayant présenté le dernier jour un son tout-à-fait tympanique, dans l'étendue de trois travers de doigt au-dessous de la clavicule droite, avec un tintement métallique dans

toute la hauteur de ce côté de la poitrine. A l'autopsie, on a trouvé la cavité de la plèvre droite remplie par un liquide jaunâtre, dans lequel flottaient quelques fausses membranes. Un peu d'air existait à la partie la plus élevée. Le poumon, vide d'air et appliqué à la colonne vertébrale, était couvert de pseudo-membranes tomenteuses. A l'aide de l'insufflation, on découvre une perforation de l'étendue d'une tête d'épingle à la partie externe de la base du poumon, qui est couverte de pus et correspond à un abcès du foie, contenant un pus verdâtre et bien lié. Le diaphragme est perforé dans ce point. Trois autres abcès semblables existent dans le foie, et M. Béhier pense que c'est à celui de ces abcès qui a occasionné la destruction du diaphragme, que les lésions du poumon doivent être attribuées. Il n'y avait point de traces de tubercules.

6. *M. Grellois* présente les intestins d'un jeune soldat sur lesquels on remarque une multitude de petites ecchymoses, dont les plus grandes ont la largeur d'une pièce de dix sous, et au centre desquelles existe un grumeau noir à l'extérieur et blanc au centre, et présentant tous les caractères de la matière tuberculeuse. Ce jeune homme était entré à l'hôpital pour une épistaxis des plus abondantes, qui nécessita le tamponnement des fosses nasales. L'hémorrhagie ne s'arrêta complètement que le lendemain, et fut aussitôt suivie d'hémorrhagie pharyngienne, trachéale et intestinale. Toute la surface du corps se couvrit d'ecchymoses du volume de la tête d'une grosse épingle ou d'un pois. Des ecchymoses superficielles ont été trouvées sur la plupart des organes, et notamment sur le poumon et sur le cœur.

M. *Pigné* rappelle un cas semblable dont il a été témoin ; la première hémorrhagie se fit dans l'intérieur du globe oculaire.

7. *M. Darjst* montre un calcul biliaire assez volumineux, dilatant et obstruant le canal cholédoque à son embouchure. Il n'y avait pas eu d'ictère ; la vésicule du fiel était atrophiée.

8. *M. Guenaou de Musy* présente un rein farci de calculs. Un kyste très-considérable existe à la partie inférieure de l'organe dont la substance est réduite dans ce point à l'état de membrane fibreuse. Dans l'épaisseur des parois de ce grand kyste, on en trouve un très-grand nombre de très-petits. D'autres kystes existaient dans plusieurs autres organes, et notamment dans la matrice.

9. *M. Laboris* met sous les yeux de la Société un testicule cancéreux. La tumeur qui existait depuis six mois était pyriforme et ressemblait à une hydrocèle ; elle était molle, fluctuante et présentait une transparence louche, plus distincte au pourtour, et surtout lorsqu'on examinait la tumeur à la lumière artificielle. On pratiqua l'acupuncture, et l'aiguille étant introduite on put faire exécuter à sa pointe des mouvements assez étendus sans rencontrer d'obstacles ; on crut à l'existence d'une hydrocèle ; mais une ponction ayant été faite avec un trois-quarts, il ne sortit qu'une très-petite quantité de sang. La castration fut faite, et l'on trouva une masse encéphaloïde très-ramollie, renfermant dans son centre du sang à demi caillé

et occupant la place du testicule. La membrane albuginée qui environnait cette masse était saine dans tous les points. M. Laborie fait remarquer : 1° que l'acupuncture n'est pas un moyen aussi sûr qu'on l'a dit, pour reconnaître l'existence de l'hydrocèle ; 2° que ce fait vient encore à l'appui de l'opinion de M. Lisfranc sur l'obstacle apporté aux progrès des cancers par les membranes fibreuses.

10. M. *Debrou* fait voir les organes génitaux internes d'une femme de quarante-cinq ans, morte d'une méningite simple. Ces organes sont réduits à un volume beaucoup plus petit que ceux d'un enfant naissant. Les parties génitales externes ont leur volume et leur conformation normales.

11. M. *Pigné* fait part d'un nouveau procédé qu'il a imaginé pour agrandir l'ouverture des abcès profonds de l'abdomen, lorsqu'on a lieu de croire que le siège de la maladie est dans la cavité abdominale, et qu'on peut craindre que l'instrument tranchant ne blesse quelque organe important ou ne détruise les adhérences qui unissent le foyer aux parois. Ce procédé consiste à étendre une portion de la paroi antérieure de l'abcès entre les deux branches de l'entérotome et à en déterminer ainsi la mortification. Il a été mis en usage sur une femme de trente-six ans, à l'infirmerie de la Salpêtrière ; mais l'abcès qui existait depuis fort long-temps, qui occupait toute la partie de la paroi abdominale qui s'étend entre les fausses côtes, l'ombilic et la crête iliaque, et qui avait une ouverture fistuleuse, n'était pas pénétrant quoiqu'on eût pu le penser. Il siégeait entre le muscle transverse et le petit oblique. L'application de l'instrument a été peu douloureuse ; au bout de cinq jours, l'entérotome est tombé et a laissé une ouverture de quatre pouces d'étendue ; le doigt introduit dans l'abcès est comprimé par les muscles chaque fois que la malade tousse. Dès ce moment, la marche de la maladie vers la guérison a été très-rapide ; il ne reste plus aujourd'hui qu'un petit foyer d'un pouce de diamètre environ, le pus est de bonne nature.

12. M. *Donné* annonce à la Société qu'il a trouvé du sperme dans l'urine d'un cadavre ; cette urine était laiteuse. A l'aide du microscope, M. *Donné* y a vu les animalcules avec leur forme distinctive ; le liquide traité par l'ammoniaque a laissé déposer le sperme sous forme pulvérulente, à la différence du pus, qui, à l'aide du même réactif, se dépose sous forme glaireuse.

Le 3 août, MM. Lebert et Leguey ont échangé leur titre de membre adjoint contre celui de titulaire. Dans la même séance, M. Beaugrand a été nommé membre adjoint de la Société.

ERRATUM.

Douzième Bulletin, page 193, ligne 15, au lieu de : *adhérente au calice*, lisez : *adhérente au colon*.

*Grossesse tubaire. — Observation recueillie par M. FLEURY,
interne à l'Hôtel-Dieu.*

Mademoiselle Leboutelier, âgée de vingt-huit ans, marchande de modes, douée d'une constitution assez forte, jouissait habituellement d'une bonne santé; elle est devenue enceinte pour la première fois il y a deux ans; sa grossesse a été heureuse et elle est accouchée à terme d'un enfant bien portant.

Depuis deux mois et demi ses règles n'ont pas paru; elle se plaint d'éprouver depuis ce moment un malaise général et des douleurs vagues dont elle ignore d'abord la cause, mais qu'elle eroit plus tard devoir attribuer à une nouvelle grossesse. Cette indisposition légère ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations habituelles, et de se livrer fréquemment au coït.

Dans la matinée du 24 mai, après avoir passé une nuit fort agitée, elle éprouve des douleurs à l'hypogastre, et bientôt du sang s'échappe par la vulve. Des caillots en assez grand nombre sont rejetés pendant deux jours; la malade est forcée de prendre et de garder le lit; des coliques très-fortes se font sentir, l'abdomen devient douloureux; l'appétit disparaît; les forces diminuent.

Un médecin qui est appelé fait appliquer des cataplasmes sur le ventre et prescrit à l'intérieur des boissons adoucissantes.

Sous l'influence de cette médication et d'un repos prolongé, l'hémorrhagie s'arrête; elle est remplacée par un écoulement d'eau rousse qui persiste pendant quatre jours.

Dans la journée du 29 mai, la malade se plaint d'éprouver des maux de tête violents, qui la privent de sommeil pendant la nuit; les douleurs qui avaient disparu se font sentir de nouveau, et il s'y joint des vomissements de ma-

tières bilieuses ; elle demande alors à être transportée à l'Hôtel-Dieu, où nous l'avons trouvée dans l'état suivant : sa figure porte l'empreinte de la souffrance ; l'abdomen est tendu, météorisé, sensible à la pression ; le toucher détermine des douleurs vives, lorsque le doigt presse les lèvres du museau de tanche ; l'ouverture du col ne paraît point dilatée ; le poulx est serré, fréquent, assez développé ; il y a de l'inappétence ; la soif est vive ; la malade n'éprouve plus d'envie de vomir, mais elle se plaint d'avoir une constipation qui persiste depuis quelques jours ; (40 sangsues sur l'abdomen ; cataplasmes émollients, limonade sucrée, diète.)

Le lendemain, la sensibilité du ventre est diminuée ; l'état général est plus satisfaisant ; le poulx a perdu de sa fréquence ; la nuit a été assez calme. Cette amélioration se soutient tout le jour, et, dans la soirée, la malade annonce qu'elle sera bientôt en état de quitter l'hôpital ; mais la nuit suivante les coliques reparaissent, des douleurs expulsives se font sentir ; de l'eau, dit-elle, s'est échappée par la vulve ; il n'y a eu aucun écoulement de sang.

Dans la matinée du 1^{er} juin, la faiblesse est très-grande ; la figure pâle et altérée ; la malade se plaint d'éprouver une pesanteur très-forte sur le fondement, et demande avec instance des remèdes qui puissent la faire accoucher. Le poulx conserve néanmoins assez de résistance, mais une syncope qui survient au bout de quelques heures en affaiblit les pulsations qui finissent par ne plus être sensibles ; elle meurt à midi.

L'autopsie a été faite vingt heures après la mort.

Les parties extérieures de la génération offrent leur état normal ; le conduit vulvo-utérin n'est point dilaté ; une grande quantité de sang noir est épanchée dans l'abdomen : il occupe l'hypogastre, la fosse iliaque gauche et le petit bassin ; la partie la plus liquide s'est écoulée au dehors. après l'incision des parois du ventre ; des caillots noirs et

compactes dilatent la partie inférieure de cette cavité, leur poids est évalué à 2 livres.

L'utérus est développé dans toutes ses parties : le corps a 2 pouces 6 lignes dans son diamètre vertical; son fond a 3 pouces en travers, la partie la plus voisine du col en a 2, ses parois ont 7 lignes d'épaisseur, les lèvres du museau de tanche sont gonflées, l'antérieure offre une largeur plus considérable que la postérieure; elles sont écartées l'une de l'autre par un intervalle assez considérable pour recevoir l'extrémité de l'indicateur. Le col a 16 lignes de longueur, une largeur de 18 lignes, sa face interne est lubrifiée par un liquide visqueux, transparent, sans odeur. Le tissu de l'utérus est gorgé de liquides; son parenchyme est mou et offre cependant une assez grande résistance; une incision, faite suivant son grand diamètre, pénètre dans l'intérieur de la cavité qui est tapissée par une membrane molle, veloutée, comme fongueuse, d'un rouge obscur, qui paraît d'abord n'être autre chose que la tunique muqueuse de l'organe; mais en exerçant quelques tractions sur le bord qui correspond à la section, on voit qu'elle ne fait point corps avec le tissu de l'utérus et qu'elle ne lui est unie que par des filaments cellulaires et vasculaires dont la résistance est assez grande. Cette disposition a fait penser que la cavité était doublée par une membrane caduquée dont le développement a paru parfait, comme on l'observe dans les cas de grossesse utérine : son épaisseur est de deux lignes. Après 24 heures de macération, ses adhérences sont moins intimes, et on pourrait la séparer dans toute son étendue : elle est manifestement moins épaisse au niveau du col que dans les autres parties de la cavité.

Les deux ovaires sont très-développés et aussi volumineux l'un que l'autre; celui du côté droit est seul apparent, lorsqu'on examine les parties internes de la génération en place, alors que leur face antérieure est la seule visible; celui du côté gauche est caché par une portion du ligament

large et par la partie interne d'une tumeur qui est formée par la trompe utérine. Ils sont aplatis d'avant en arrière, et ont 6 lignes d'épaisseur et 4 pouces 10 lignes de circonférence; leur couleur est d'un blanc jaunâtre, leur tissu est résistant, la membrane fibreuse qui les enveloppe est épaissie et présente au-dessous d'elle un grand nombre de petites loges remplies par un liquide transparent qu'entoure une tunique extérieure très-mince. Deux ou trois ovules font relief à la surface de l'ovaire droit; celui du côté gauche présente sur un de ses bords une rugosité assez prononcée qui occupe le fond d'une petite excavation; elle parait être formée par les débris d'un corpus luteum déjà ancien: on ne retrouve point celui qui a dû succéder à la sortie de l'ovule hors de sa vésicule.

Si l'on examine la face postérieure de la matrice et de ses annexes, on trouve les deux ovaires également apparents à droite et à gauche. Le premier est plus éloigné de l'utérus que le second; des brides celluleuses anciennes l'unissent à cet organe et aux trompes de Fallope; celles-ci participent au développement des autres parties de l'appareil de la génération.

Celle du côté droit a 3 pouces 7 lignes; son pavillon embrasse dans toute son étendue une partie de l'ovaire correspondant. Celle du côté gauche offre une disposition remarquable: à 18 lignes de son extrémité utérine existe un renflement pyriforme, dirigé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, ayant le volume d'un gros œuf de pigeon, et présentant son sommet en bas et sa base en haut. Cette tumeur est unie à l'ovaire par un cordon fibreux qui a 4 lignes de longueur et qui n'est autre chose qu'une portion du pavillon de la trompe.

Sa face antérieure offre une coloration violacée; sa surface est lisse et unie: elle est libre dans toute son étendue.

Sa face postérieure présente dans sa partie externe une déchirure dont les bords irréguliers sont formés par des

filaments rougeâtres entremêlés de tissu cellulaire très-délié. Cette solution de continuité s'étend jusqu'à la base de la tumeur; elle est surmontée dans ce point par un renflement qui est formé par du sang réuni en caillots.

L'espèce de champignon que l'on observe dans ce point forme une saillie du volume d'une petite noix, qui fait relief au-dessus de la tumeur; il paraît constitué par cette portion de la membrane extérieure de la trompe qui a été déchirée et déjetée en dehors par le sang qui s'est échappé de ses vaisseaux.

Dans l'intervalle que laissent entre eux les deux bords de la division, se voient les membranes de l'œuf; leur ténuité et leur transparence permettent d'apercevoir le produit de la conception qui nage dans les eaux de l'amnios et qui est suspendu à son cordon ombilical. Le petit fœtus paraît avoir 8 à 10 lignes de longueur; sa tête, qui est très-apparente, occupe la partie la plus déclive de la poche qui le renferme.

Ces membranes sont enveloppées dans toute leur étendue par le placenta, dont l'épaisseur n'est point uniforme et qui leur est uni par des filaments excessivement déliés; des tractions légères ont suffi pour le détacher et pour mettre à découvert la surface externe du chorion, qui est recouverte de viscosités très-fines. Après que cette première enveloppe a été divisée on a pu la séparer de l'amnios, qui ne lui était unie que très-faiblement: celle-ci contenait le liquide dans lequel nageait le fœtus. Le cordon ombilical a paru volumineux; il s'insérait à la face inférieure de l'œuf: on n'a point aperçu de vésicule ombilicale. La surface extérieure du placenta est tapissée par une membrane très-fine, de nature fibro-celluleuse, qui paraît être la tunique extérieure de la trompe renflée dans ce point pour le recouvrir.

Le bord interne de la tumeur adhère, dans toute son étendue, au ligament large; le bord externe est libre ainsi

que la base ; c'est à son sommet que se fixe la petite partie du pavillon de la trompe qui adhère à l'ovaire.

On a cherché à introduire un stylet dans la cavité de la trompe, en le faisant pénétrer à travers son orifice utérin ; il a pu s'y engager avec assez de facilité ; mais après avoir parcouru librement un espace de 6 lignes environ, son extrémité s'est trouvée arrêtée par un obstacle qu'elle n'a pu franchir. Il est à regretter que la même expérience n'ait pas pu être faite du côté opposé, à l'embouchure de la trompe dans l'œuf.

Le calibre des artères utérines thoraciques est augmenté. C'est à la rupture des vaisseaux qui allaient se distribuer à la trompe et au placenta qu'il faut attribuer l'hémorrhagie qui a fait périr la malade. Il n'existait aucune trace de péritonite.

Extrait du rapport de M. CAZEAUX sur l'observation précédente.

J'en occuperai surtout, dans ce rapport, de deux circonstances qui ont été notées dans l'autopsie : 1° le développement de la caduque dans la cavité utérine ; 2° l'oblitération de la trompe.

Plusieurs cas de grossesse extra-utérine sont déjà mentionnés dans les bulletins de la Société anatomique, un plus grand nombre encore dans les auteurs ; et bien que presque tous les observateurs s'accordent à dire que, dans ces cas, la membrane caduque utérine s'était développée, quelques-uns disent positivement que rien de semblable à la caduque n'existait dans la matrice. M. Gausseil a lu à la Société une observation de grossesse ovarique, et, d'après lui, la membrane caduque n'existait pas. Ainsi, dit M. Bérard dans son compte rendu annuel, la théorie de Chaussier a reçu

de la part de MM. Gaussail, Bonnet et Cruveilhier de graves atteintes. Je n'ai pu retrouver l'observation de M. Bonnet, mais M. Cruveilhier, dont l'autorité est opposée à celle de Chaussier, m'a dit à moi-même, que dans un des deux cas qu'il a offerts à la Société, il se rappelait très-bien avoir vu la membrane caduque; que, pour l'autre, il croyait en effet ne pas l'avoir rencontrée. Quant au cas de M. Gaussail, je me contente de faire remarquer en ce moment que la grossesse était à terme, lorsqu'il a eu l'occasion d'examiner les pièces. J'ai présenté moi-même un fait semblable, et vous avez pu constater l'existence de l'épichorion de Chaussier (1835). A peu près à la même époque, M. Dupré nous a lu une observation qui différait sous ce point de vue de la mienne; car il vous a affirmé qu'il n'avait rien remarqué qui ressemblât à la caduque. Et cependant il nous disait, quelques lignes plus haut : « La membrane interne de l'utérus était épaisse, consistante, présentait une fort belle injection, etc. » M. Velpeau, qui cite la même observation, dit aussi qu'il n'y avait pas de caduque dans l'utérus. (*Traité d'Acc.* p. 219). Si je pouvais ici vous citer toutes les observations qui se trouvent aujourd'hui dans la science, vous verriez que presque toutes confirment l'assertion de Chaussier d'une manière positive, que dans quelques-unes, les auteurs étaient incertains sur la nature de la membrane qu'ils ont rencontrée dans la matrice, qu'un bien petit nombre enfin lui sont opposés. Quant à ces derniers, je pense qu'ils se sont trompés, et voilà les raisons sur lesquelles je me fonde. L'observation de M. Gaussail est citée comme la plus convaincante; c'est elle que je vais examiner. Voilà en effet comment il s'exprime : La surface interne de la matrice, un peu rougeâtre dans quelques points, était lisse dans toute son étendue, et ne présentait aucune exsudation qui pût indiquer la présence d'une fausse membrane. Cela est positif; mais si vous relisez attentivement et en entier son observation, vous verrez que la femme dont il s'agit devint enceinte

vers la fin de juin 1830, qu'à six mois et demi elle ne ressentit pas les mouvements de son enfant, et qu'elle ne mourut à l'hôpital Beaujon qu'au commencement de mai 1831, c'est-à-dire onze mois après la conception, et cinq mois après la mort de son enfant. A cette époque, on ne retrouva plus la caduque utérine, et c'est sur ce fait que s'appuient successivement MM. Gaussail, Bérard, et plus tard M. Velpeau, pour contredire l'assertion de Chaussier. Mais ce dernier n'a jamais dit qu'on retrouvât l'épichorion, quelle que fût l'époque à laquelle on le cherchât. Il est infiniment probable, au contraire, que cette membrane, qui n'est qu'un produit de l'irritation causée par l'organe utérin au moment de la conception, dégénère, s'atrophie et finit par disparaître lorsque l'œuf se développe ailleurs que dans l'utérus; surtout lorsque la mort du fœtus a depuis long-temps fait cesser l'irritation, la congestion que détermine la fécondation et qu'entretient le développement du fœtus. La caduque devient alors un organe inutile, un corps étranger dont l'absorption fait disparaître la plus grande partie, et dont les débris sont entraînés par les flux hémorrhéiques. Ceux qui au troisième, au quatrième mois, n'ont trouvé dans l'utérus qu'une membrane vilieuse, tomenteuse, d'apparence vasculaire, avaient évidemment trouvé la caduque un peu altérée dans sa texture normale, par cela seul qu'elle ne remplissait pas les fonctions qui lui étaient dévolues par la nature.

Mais la plus puissante objection que l'on puisse faire, c'est de rappeler le mode et l'époque de formation de la membrane caduque. L'imprégnation, dit M. Velpeau, détermine dans l'utérus une excitation spécifique, suivie d'une exsudation de matière coagulable qui se concrète et se transforme bientôt en une espèce d'ampoule; c'est la caduque. Ainsi, d'un côté, c'est au moment même de l'imprégnation que se forme la membrane dont il s'agit. D'un autre côté, si vous vous rappelez que ce n'est que le sixième ou

huitième jour que l'ovule arrive dans la matrice où il trouve la caduque formée, vous comprendrez que l'arrêt de l'ovule, dans le trajet qu'il parcourt, ne peut en rien influencer sur l'existence de la caduque.

Enfin M. Velpeau, que je regrette de mettre sur ce point en contradiction avec lui-même, dit positivement, à la page 9 de son *Traité d'ovologie*, en parlant de la caduque : « Que les grossesses extra-utérines prouvent que l'ovule n'est pas nécessaire à sa formation. » Puis il ajoute, à la page 10, « qu'elle se trouve, mais avec des caractères différents et variables dans cette espèce de grossesse. » Comment concilier ces paroles avec ce qu'il dit à la page 260 de son *Traité d'accouchement* ?

Je conclus que la formation de la caduque a toujours lieu dans tous les cas de grossesse extra-utérine; que ceux qui ont cru ne pas la trouver, quoiqu'ils disent avoir observé un boursoufflement de la muqueuse utérine, se sont trompés, et l'ont méconnue; qu'enfin, dans les cas rares, où rien de semblable à une membrane n'a été trouvé dans la cavité utérine, ou bien on a mal observé, ou bien l'examen des pièces a été fait à une époque très-avancée de la grossesse, et long-temps après la mort du fœtus, lorsque la membrane caduque avait disparu.

2^e La trompe était, nous a dit M. Fleury, complètement oblitérée entre la tumeur et son extrémité utérine. En 1824, messieurs, je vous fis remarquer, dans la pièce que je vous présentai, la même circonstance. A quelques lignes de l'endroit où s'était développé l'œuf, la trompe était oblitérée par un obstacle qu'une soie bien déliée ne put franchir, soit qu'on l'introduisit par l'orifice utérin, soit qu'après avoir incisé la trompe, on cherchât à l'introduire par son extrémité opposée. » (Bulletin de décembre 1835.)

L'oblitération de la trompe est un fait assez remarquable dans le cas qui nous occupe, pour que j'aie cru devoir rechercher si beaucoup d'observateurs l'avaient mentionné.

La plupart n'ont pas noté l'état d'imperméabilité ou de perméabilité de la trompe. Quelques-uns, au contraire, ont dirigé leur attention sur ce point. Ainsi Smellie (t. 2, p. 17) cite une observation du docteur Férp, dans laquelle l'oblitération ou au moins un resserrement extrême de la trompe droite est noté.

Dans le Mémoire de M. Breschet sur la grossesse interstitielle, je trouve plusieurs faits où l'oblitération de l'ouverture utérine est aussi signalée. Dans l'observation communiquée à M. Breschet par M. Mayer, où le fœtus s'était développé dans la partie de la trompe qui traversait l'épaisseur des parois utérines, M. Mayer a soin de faire remarquer que la trompe droite, dilatée à la portion frangée, se rétrécissait dans la portion utérine, et était enfin complètement oblitérée à trois lignes de son insertion à l'utérus. La trompe gauche, dans laquelle l'œuf s'était développé, était perméable jusqu'à la masse morbide, mais à partir de ce point, son canal ne se continuait pas jusqu'à la cavité de l'utérus. Il ajoute qu'il est très-vraisemblable qu'il existait anciennement à l'insertion de la trompe gauche une induration dans la substance de la matrice, laquelle a été cause de l'occlusion de l'orifice de cette trompe, et a mis obstacle au passage de l'ovule.

M. Schmitt rapporte que dans un cas de grossesse interstitielle de six semaines, l'orifice interne de la trompe droite était absolument fermé. (C'était dans la portion droite de l'utérus que l'œuf s'était développé.)

M. Ménière (*Archives*, juin 1826) rapporte un cas de grossesse interstitielle développée dans la corne gauche, et il dit que la partie interne de la trompe gauche était imperméable.

M. Gaide, dans un cas semblable (*Journal Hebdomadaire*, t. 1), constata que la trompe droite n'avait pas d'orifice utérin.

On trouve dans les *Archives* un autre cas d'hémorrhagie

mortelle produite par une grossesse tubaire. L'auteur ajoute : « La trompe gauche (c'est la trompe rupturée) formait un sac consistant, membraneux; son extrémité libre embrassait en totalité l'ovaire. Au-dessous de sa dilatation, et ducôté de l'utérus, son canal était complètement oblitéré, de sorte qu'il fut impossible de pénétrer par là dans l'utérus. »

Je pourrais vous citer un plus grand nombre de faits; mais ceux-ci suffisent, je pense, pour bien constater que l'oblitération de la trompe se rencontre souvent dans les grossesses extra-utérines.

Lorsqu'en rencontrant une grossesse tubaire on trouve en même temps la trompe oblitérée entre l'œuf et l'utérus, il paraît naturel de penser que, si l'œuf a été arrêté dans le trajet qu'il devait parcourir pour se rendre à la matrice, c'est qu'un obstacle mécanique s'est opposé à son passage, et que cette oblitération est la cause de cet arrêt dans la marche de l'ovule. Aussi, pour ces cas au moins, la cause de la grossesse utérine me paraît assez clairement indiquée. Mais depuis quand existait cette oblitération? est-elle antérieure ou postérieure à la conception? D'après les idées généralement admises par les physiologistes, l'oblitération des trompes est une cause infallible de stérilité, et lorsqu'on la rencontre chez une femme enceinte, il est absurde de supposer qu'elle existait avant la conception; car, elle existant, le fluide séminal trouve fermée la seule voie par laquelle il puisse arriver jusqu'à l'ovule, et celui-ci ne peut être fécondé. Examinons cependant jusqu'à quel point cette opinion est la seule admissible.

L'oblitération d'un canal revêtu à l'intérieur par une membrane muqueuse ne peut avoir lieu que par la coagulation d'un liquide sécrété, l'engorgement chronique des parois, ou l'adhérence de ces mêmes parois. Dans l'un et l'autre de ces cas, il faut supposer une inflammation préalable. Or, dans aucun des faits mentionnés, je n'ai vu que

pendant les premiers jours qui ont suiv le coït fécondant, les femmes aient offert des phénomènes particuliers. Si on suppose cette inflammation à l'état latent, et trop faible pour se faire sentir, il faut admettre alors que ses progrès ont été très-lents, et qu'elle n'aura pu produire l'oblitération des parois, quel que soit le mode de sa formation, qu'au bout d'un temps plus ou moins long; or, c'est au plus tard vers le sixième jour que l'ovule arrive dans la matrice. Il faut que ce soit dans ce court espace de temps que l'inflammation, puis l'oblitération aient eu lieu. En admettant même cette hypothèse, il faut bien assigner une cause à cette phlegmasie de la trompe, et les partisans de l'opinion que nous attaquons n'ont pas hésité à dire qu'elle était produite par l'irritation et la congestion sanguine dont tout l'appareil génital est le siège à cette époque, par un état de spasme des parois de la trompe, enfin par l'arrivée de l'ovule lui-même. A cette explication, tout-à-fait hypothétique, je ne répondrai que par un fait : c'est que dans quelques-unes des observations consignées dans le mémoire de M. Breschet et dans quelques autres, ce n'était pas seulement la trompe, siège de la grossesse, qu'on a trouvée oblitérée, mais encore celle du côté opposé. Pour ces cas, au moins, on ne peut donc pas admettre que le spasme des parois ou l'irritation produite par le passage de l'ovule soient la cause de l'oblitération; il faut donc croire qu'elle existait auparavant.

De tout ceci découle naturellement cette conséquence, c'est que, contrairement à l'opinion généralement admise, il n'est pas nécessaire que le sperme passe successivement par la matrice et la trompe pour arriver jusqu'à l'ovule et le féconder. Cette conclusion permet d'adopter certains faits qui sont réprouvés comme inexacts; avec elle, nous pouvons nous expliquer comment, chez certaines femmes en travail, on a pu rencontrer l'occlusion complète du mu-seau de tanche; comment, chez d'autres, la fécondation

a pu avoir lieu, quoiqu'il n'y ait eu qu'une introduction fort incomplète du membre viril, les preuves physiques de la virginité persistant encore au moment de l'accouchement.

Mais comment alors expliquer la conception ? Sans adopter la théorie de l'*aura seminalis*, Chaussier, Mad. Boivin, M. Dugès ont pensé qu'il suffisait que le sperme fût déposé à l'entrée du vagin, pour que, par l'absorption, il fût entraîné dans le torrent circulatoire et ramené par lui à l'ovaire, où la fécondation s'opérait. Cette hypothèse, qui rend compte de toutes les anomalies, n'est basée, il faut bien le dire, sur aucun fait d'anatomie ni sur aucune expérience directe ; aussi, sans la rejeter définitivement, ne m'y arrêterai-je pas plus long-temps.

L'anatomie comparée pourra peut-être jeter quelque jour sur la question qui nous occupe. Chez certains mammifères, tels que la truie, la vache, etc., la trompe n'est pas le seul canal qui établisse un passage au sperme. M. Gartner, de Copenhague, avait annoncé que chez ces animaux, il existait un canal particulier qui, des parties externes de la génération, se portait jusque dans l'épaisseur des ligaments larges. En 1826, il vint à Paris, et, conjointement avec M. de Blainville, il fit de nouvelles recherches, dont le naturaliste français a consigné les résultats dans les *Bulletins de la Société philomatique*, t. 9, p. 109. 1826.

Si on examine attentivement un vagin de jeune truie, on peut facilement découvrir, dit M. de Blainville, un conduit particulier, qui, ayant son orifice extérieur de chaque côté du méat urinaire, se continue dans l'épaisseur des fibres musculaires du vagin, se rétrécit au niveau du col utérin, mais ne se continue pas moins dans l'épaisseur des fibres de la matrice. Ce canal suit le corps de l'utérus, l'abandonne ensuite, et se porte parallèlement à la corne correspondante, dans l'épaisseur du ligament large, à peu près jusqu'à

ques auteurs : ce n'est donc pas la seule voie qui soit ouverte au fluide fécondant pour arriver jusqu'à l'ovaire.

Plaie pénétrante de l'articulation du genou. — Amputation de la cuisse. — Mort. — Observation recueillie par M. MERCIER, interne des hôpitaux.

Morey (Antoine-Louis), cocher, âgé de trente-neuf ans, homme robuste et d'une bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu le 23 février 1836, pour une plaie pénétrante de l'articulation du genou gauche.

Vers la fin du mois de janvier, cet homme était à cheval, lorsque l'animal, ayant reculé et senti un obstacle derrière lui, se mit à ruer jusqu'à ce qu'il tombât. Le cavalier tomba dessous, et reçut un coup de pied qui lui fit à la partie externe du genou gauche une plaie presque aussi nette qu'une incision, longue d'un pouce et assez profonde. Il se releva lui-même, mais ne put regagner son habitation à pied. Cependant, lorsqu'on l'y eut transporté, il put monter jusqu'au sixième étage sans secours, mais non sans douleur. Il survint du gonflement, et le jour même on mit 25 sangsues sur le genou; des cataplasmes y furent appliqués pendant huit jours que le blessé resta au lit. A cette époque, n'ayant plus ni douleur, ni gonflement, il se leva un peu. La plaie, qui jusqu'alors n'avait rien laissé écouler qui ressemblât à de la synovie, s'était presque entièrement guérie : il ne restait plus à sa surface qu'une petite croûte dure, semblable à celles qui se forment sur les plaies légères qu'on laisse au contact de l'air. Dix jours après l'accident, cet homme détacha la petite croûte, et aussitôt il sortit une humeur transparente, visqueuse, qu'il compare à du blanc d'œuf, et que son médecin lui dit être de la synovie. Ce médecin le

prévinç en même temps du danger qu'il courait ; mais le malade n'éprouvant pas de douleur, ne voyant pas de gonflement, se remit à ses occupations, se contentant d'appliquer chaque jour sur la petite plaie un morceau de diachylon qui suffisait pour arrêter la synovie, laquelle était toujours claire et visqueuse. — Le 17 février, il éprouva de la douleur dans le genou, et ne put descendre son escalier qu'en posant successivement ses deux pieds sur la même marche. Le médecin fut appelé et ordonna une application de 25 sangsues et des cataplasmes sur l'articulation. Le lendemain la douleur était encore plus vive et le gonflement plus considérable. Nouvelle application de 12 sangsues. Dès lors la synovie, devenue trouble, s'écoula en très-grande abondance ; la douleur et le gonflement persistèrent à un haut degré jusqu'à l'entrée de cet homme à l'Hôtel-Dieu (23 février).

A notre examen, le genou paraît assez volumineux, surtout de chaque côté de la rotule, et, quand la jambe est bien étendue, il existe une légère dépression correspondante à cet os. La rougeur de la peau n'est pas très-vive ; la douleur peu violente, même quand on fait exécuter des mouvements au membre. Au côté externe du genou, au niveau du bord inférieur de la rotule, existe une ouverture très-étroite par où sortent quelques bourgeons grisâtres. Cette ouverture donne écoulement à un liquide visqueux, jaunâtre, trouble et mêlé de flocons albumineux. Ce liquide est assez abondant ; car, outre qu'il imbibe toutes les pièces de l'appareil, on le fait encore sortir en quantité notable, quelquefois même par jet quand on comprime les parties latérales et antérieures de l'articulation. — On recouvrit le genou d'une couche épaisse d'onguent mercuriel ; on mit un cataplasme par dessus, et le tout fut maintenu au moyen d'un bandage qui permettait de renouveler les pansements aussi souvent qu'il était nécessaire, sans faire exécuter au membre le moindre mouvement. — Sous l'influence de ce traitement,

la douleur devint presque nulle, la fièvre également, l'appétit revint, et trois soupes ne suffisant plus, on donna, vers la fin du mois, le quart d'aliments.

2 mars. — Comme, malgré la docilité de ce malade, il ne pouvait se préserver de quelques mouvements, on lui mit un appareil formé de six petites attelles, dont trois correspondaient à la cuisse et trois à la jambe. Cet appareil fut peu serré, et le malade s'en trouva très-bien. Du reste, on continua toujours les frictions mercurielles et le cataplasme, mais seulement le matin. — 6. Sans cause connue, sans douleur en aucun point du corps, pas même dans le genou, il survint de la fièvre pendant la nuit, du frisson, puis de la chaleur. Le matin, le pouls était encore plein et à environ 70 pulsations. Pendant le jour, le frisson revint, et le soir le pouls était petit, précipité, et à 80 pulsations au moins. L'appétit avait entièrement disparu; épistaxis pendant la nuit. — 7. La nuit a été beaucoup meilleure qu'on n'aurait pu le prévoir. Sommeil tranquille; le pouls, sans être moins fréquent qu'hier matin, est moins plein. Il y a eu quelques sueurs pendant la nuit. La suppuration de l'articulation est assez abondante, toujours jaunâtre, mais elle me semble mieux liée, plus semblable à du pus que les jours précédents. Craignant que les accidents qui venaient de se manifester ne fussent le résultat du croupissement de cette matière, on introduisit par la fistule une sonde cannelée, qui pénétra jusque sous le triceps, et on fit en remontant une incision de 2 pouces et demi, qui ouvrit latéralement l'articulation dans toute cette étendue. (Même appareil, moins les onctions mercurielles). — 8, 9, 10. La fièvre débute par de la chaleur et continue toutes les nuits. Le matin seulement, il y a un peu de tranquillité; le pouls bat 100 fois par minute. Point de diarrhée, point de gêne de la respiration, douleur très-légère à l'épigastre, quelques élancements très-éloignés dans le membre affecté. Tous les matins, de 2 à 3 heures, une épistaxis réveille le malade. — 11. Il est sur-

venu beaucoup de fièvre, une chaleur brûlante et de la sueur; la nuit fut très-agitée, et il y eut deux selles en dévoiement. — 12. La suppuration est plus abondante que de coutume, mais elle ne séjourne pas dans la cavité articulaire. Sans douleur locale, le pouls est à 95 pulsations, l'haleine est fétide, la langue blanche; un peu de toux. Des excoriations se forment aux téguments qui recouvrent le sacrum. (Pansement avec de la charpie, tisane astringente). — 13. La diarrhée a cessé, la fièvre est moins forte, le moral toujours très-bon; l'épistaxis est moins abondante que les jours précédents; la suppuration est également moindre. (Même traitement). — 15. Tout ce mieux s'est évanoui. La suppuration a augmenté, la fièvre est très-forte; quatre selles liquides, des sueurs et une épistaxis abondantes se sont manifestées pendant la nuit. On propose l'amputation de la cuisse, qui est acceptée pour le lendemain. — 16. Le même état persiste; le malade est très-amaigri, très-faible, mais plein de courage et de confiance dans l'avenir.

L'amputation de la cuisse est pratiquée un peu haut, par crainte de rencontrer quelques fusées purulentes. Comme les parties molles sont assez pâles et flasques, on réunit par première intention, et on remplit de charpie le cône que forme le moignon.

L'examen du genou fut fait 24 heures après l'amputation. L'incision pratiquée au côté externe de l'articulation s'étend depuis le niveau du bord inférieur de la rotule jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de son bord supérieur. elle longe le bord de cet os et du triceps; elle est béante et sa lèvre postérieure se confond avec des bourgeons grisâtres pointillés de rouge, qui s'élèvent de la synoviale qui revêt la face externe du condyle externe du fémur. A l'angle supérieur se trouve une petite fusée de pus qui remonte jusqu'à un pouce le long du bord du vaste externe. L'articulation étant ouverte par son côté interne, nous vîmes que la synoviale s'étendait sous le triceps jusqu'à 3 pouces au-

dessus du bord supérieur de la rotule. La matière qu'elle contenait était du véritable pus dans lequel nageaient encore quelques flocons; sa viscosité était presque nulle. Le pus ne s'était pas frayé une route sous le triceps, tandis que la portion de capsule qui correspond au tendon du jumeau interne présentait une perforation par laquelle le pus remontait jusqu'à trois quarts de ponce au-dessus des condyles, au milieu du tissu cellulaire, qui ne présentait qu'une très-faible augmentation de consistance et de friabilité. Immédiatement sur le bord interne du même jumeau, une autre perforation de la capsule communique avec un foyer qui a disséqué la partie postérieure et interne du tibia jusqu'à plus de 2 pouces au-dessous de l'articulation, ainsi que les trois quarts de la face postérieure du muscle poplité. Un troisième foyer communiquant avec la paroi interne de la capsule dissèque la face correspondante du tibia jusqu'à un ponce et demi, séparant cette partie du ligament latéral et des tendons qui passent en cet endroit. Les deux tendons inférieurs de la patte d'oie séparent ce foyer du précédent. Toutes ces fusées offrent des brides celluleuses et contiennent du pus crêmeux mieux lié que celui de l'articulation.

La synoviale du genou est considérablement épaisse. Tout autour des surfaces articulaires, elle forme un relief très-prononcé. Sur le fémur, au-dessous du triceps, on ne peut la détacher que par plaques de deux lignes d'épaisseur, adhérentes à l'os par du tissu cellulaire qui cède facilement. Cependant, dans ces lames, on distingue manifestement deux couches d'égale épaisseur; l'une externe, plus jaune, moins transparente que l'interne, qui est d'un gris-jaunâtre. Sur la face postérieure du triceps, cette membrane est un peu moins épaisse, mais plus homogène : il en est de même partout ailleurs. Cette même synoviale est molle, s'enlève facilement sous l'ongle et par le râclage, à peu près comme le fait dans beaucoup de cas la muqueuse du grand

cul-de-sac de l'estomac. Quand on a ainsi emporté des lambeaux avec le plus de soin possible, on rencontre les tendons et la capsule fibreuse immédiatement à nu, ce qui prouve que c'est la synoviale qu'on a enlevée. En passant le manche d'un scalpel sur cette couche avant de l'avoir détachée, on la déprime; on peut la déplacer un peu. Elle n'est pas unie, mais légèrement mamelonnée; sa couleur est d'un blanc grisâtre, avec une légère nuance de jaune et de rose, comme celle d'une muqueuse vésicale, ou plutôt encore comme celle d'un estomac sain; membranes avec lesquelles cette synoviale a beaucoup d'autres ressemblances, comme on vient de le voir. De plus, elle présente çà et là des plaques rougeâtres formées, les unes par des lacis vasculaires compliqués et très-fins, d'autres par de petits points agglomérés, ayant tantôt une couleur si vive que le sang semble prêt à en sortir, tantôt une teinte plus terne et comme apparaissant à travers une couche molle et transparente. C'est surtout en avant des ligaments croisés que la couleur rouge est prononcée, puis autour des cartilages articulaires. Jusqu'à 3 ou 4 lignes de leur pourtour, on voit une zone de vaisseaux excessivement fins et nombreux qui semble partir de leur circonférence. En avant des deux tubérosités du fémur on trouve encore de la rougeur. A la face interne de la portion capsulaire, on ne trouve de rougeur bien notable qu'en devant du condyle interne; si on excepte ce que j'ai dit exister autour des cartilages, de celui de la rotule, par exemple. C'est surtout dans le cul-de-sac sus-rotulien qu'est prononcée la couleur dont j'ai parlé en premier lieu : la teinte grise est plus manifeste que partout ailleurs dans la portion de la synoviale qui correspond à la plaie. La capsule qui existe derrière le ligament tibio-rotulien est saine; le peloton adipeux que l'on rencontre au-dessus l'est aussi.

Les cartilages inter-articulaires sont comme macérés, et la disposition de leurs fibres bien plus facile à voir. La

moitié interne de celui qui se trouve en dedans, est comme imbibée de sang, ce qui lui donne une couleur rouge très-vive, parfaitement limitée, et que le râclage ne peut diminuer. La surface des cartilages articulaires est couverte d'un enduit grisâtre facile à enlever, semblable à celui qu'on obtient en râclant légèrement la synoviale avec le dos d'un scalpel. La surface de ces cartilages se continue bien évidemment avec la surface de la synoviale, bien que celle-ci forme autour un relief d'une ligne au moins d'épaisseur. Ça et là des débris encore adhérents à cette membrane recouvrent les bords des cartilages : ceux-ci sont ramollis, usés. Celui de la rotule forme une espèce de velours dont les fibres se couchent d'un côté ou d'un autre par le moindre frottement. Les parties les plus internes des cartilages du tibia et du fémur ont disparu. Dans quelques points, ils se détachent facilement du tissu osseux. La couleur de ces cartilages est plus terne que normalement, mais on ne voit rien qui ressemble à de l'inflammation. Nulle part l'épaisseur de ces cartilages n'a augmenté ; et dans les endroits où s'exerçait une pression ou un frottement, elle est moindre qu'à l'état normal.

Les os ne présentent pas de changements appréciables ; leur couleur est très-pâle, et, malgré la plus grande attention, je n'y aperçois aucune rougeur, même au niveau des cartilages détachés. Les synoviales des extrémités articulaires contiennent peut-être une plus grande quantité d'huile médullaire qu'à l'état normal, du moins elles en contiennent beaucoup plus que le tissu spongieux de l'astragale du même membre. Il n'y a aucun gonflement appréciable des parties osseuses qui avoisinent l'articulation malade.

État du malade après l'amputation. — Le lendemain, cet homme se trouve bien. Il n'est pas allé à la selle, n'éprouve aucune douleur locale, n'a eu qu'une très-légère épistaxis hier au soir. Son pouls est à 85, et il y a encore eu un peu de moiteur pendant la nuit. Mais les jours suivants la fièvre

persista, le dévoiement revint, la suppuration fournie par la plaie devint très-abondante, et il en résulta une faiblesse excessive. L'intelligence s'altéra, et sans autre symptôme digne d'être noté, la mort survint dans la nuit du 26 au 27 mars.

A l'autopsie, on trouva deux ou trois petits abcès métastatiques à la partie inférieure du poumon droit, point d'autre lésion dans la poitrine. Dans l'abdomen, le foie, la rate et les intestins sont sans lésion appréciable. On ne put ouvrir le crâne.

Le membre amputé n'offrit à remarquer qu'une inflammation de la veine crurale s'étendant jusqu'à la valvule prochaine, laquelle se trouvait à 2 ou 3 pouces au-dessus de la plaie. Au-delà de cette valvule se trouvait un petit caillot; puis le tissu de la veine reprenait son aspect ordinaire.

*Note sur un utérus et un vagin doubles ,
par M. DANIEL-LACOMBE.*

La pièce que j'offre à l'examen de MM. les membres de la Société anatomique m'a paru digne d'intérêt, à cause de la rareté de l'anomalie qu'elle présente. Il s'agit d'une matrice à deux cavités avec double vagin. Quoiqu'il en existe plusieurs exemples dans les ouvrages de médecine, le cas que je rapporte ici n'en constitue pas moins un des plus curieux dont l'histoire ait été consignée dans les annales de la science.

Cette pièce anatomique a été trouvée sur une femme de 56 ans, morte à la Salpêtrière, d'un cancer du pylore, sans perforation. Pendant son séjour à l'infirmerie de cet hospice, la malade nous a dit qu'elle n'avait jamais eu d'enfants, et qu'elle n'avait pas été mariée.

Les parties les plus extérieures des organes génitaux ne présentent aucune anomalie dans leur conformation. Le pé-

rinée, ou mieux, l'espace compris entre l'anus et la commissure postérieure de la vulve, a dix-huit lignes de longueur. Il y a deux grandes et deux petites lèvres, et lorsqu'on écarte ces parties on ne trouve pas de traces de la membrane hymen, pas de caroncules myrtiliformes, mais on aperçoit, au fond du vestibule, deux orifices parfaitement distincts, qui conduisent chacun dans un vagin, l'un droit et l'autre gauche, en sorte qu'il est de la dernière évidence qu'il y a deux cavités vaginales séparées par une cloison antéro-postérieure. Celle-ci, examinée à l'aide d'une incision pratiquée sur la paroi antérieure du vagin gauche, présente deux faces latérales lisses en arrière et rugueuses en avant, et quatre bords dont trois adhérents, le supérieur, le postérieur et l'antérieur, et un seul, l'inférieur, libre et semilunaire, offrant à son extrémité périnéale un petit tubercule charnu, qui semble se continuer avec le bord inférieur. Cette cloison mesure toute la hauteur des deux vagins, qui est de trois pouces environ. Elle est évidemment formée par deux feuillets de la muqueuse réunis entre eux par du tissu cellulaire très-lâche, ce qui permet de les faire glisser l'une sur l'autre avec la plus grande facilité.

Quant aux cavités vaginales, elles diffèrent l'une de l'autre par leur capacité; celle du côté droit est moins grande que celle du côté gauche; l'orifice du vagin droit offre un pouce de diamètre, et celui du côté gauche environ seize lignes. Examinées à l'intérieur, ces deux canaux présentent un très-grand nombre de plis muqueux dirigés transversalement, plus multipliés à la paroi antérieure dans le vagin gauche, et groupés en plus grande quantité au contraire à la paroi postérieure dans le vagin droit; là, les plis semblent converger vers la partie antérieure de la cloison. Enfin au fond de chacune de ces cavités vaginales, on trouve un museau de tanche, qui peut avoir cinq à six lignes de diamètre; les lèvres en sont effacées, et les deux orifices utérins sont arrondis et fort étroits.

M. Crèveilhier voulant faire dessiner la pièce, je me contenterai d'en décrire la surface extérieure. La matrice a la forme d'un quadrilatère de 16 lignes de hauteur sur 18 de largeur. Ses deux angles inférieurs correspondent aux deux museaux de tanche déjà indiqués, tandis que les deux supérieurs se prolongent sous la forme de deux cornes charnues à concavité inférieure et à convexité supérieure, ayant chacune deux pouces de longueur et dirigées horizontalement vers les fosses iliaques. En dehors de ces deux prolongements offrant la même organisation que l'utérus, on trouve de chaque côté une trompe et un ovaire qui ne présentent rien de particulier à noter, si ce n'est que l'ovaire gauche est moins volumineux et plus dur que celui du côté droit. Quant à la disposition du péritoine à l'égard de l'utérus, on voit que cette membrane ne forme pas de cul-de-sac entre le rectum et la face postérieure de cet organe, mais qu'elle descend de 7 lignes entre sa face antérieure et la paroi postérieure de la vessie. Celle-ci a très-peu de capacité. Le clitoris et le méat urinaire ne présentent aucunes traces de bifurcation.

Les mamelles sont assez développées.

Extrait du rapport de M. Pignat, sur l'observation précédente.

Un certain nombre de pathologistes, parmi lesquels nous ne citerons que Portal (*Anat. médic.*, 1804, t. 5, p. 494), veulent qu'on ne donne le nom d'utérus double qu'à l'utérus auquel on trouve deux cavités, quatre trompes et quatre ovaires. Si l'on adoptait cette opinion, les cas d'utérus double seraient rares; je ne sais même pas si on en trouverait un seul bien constaté. Mais puisqu'on donne le nom

d'utérus à celui qui n'a qu'une trompe et un ovaire, comme dans le cas rapporté par Blase (*Obs. méd.*, part. 4, obs. 3, p. 48), où la trompe et l'ovaire du côté gauche manquaient; comme on donne aussi ce nom aux utérus dont parlent Mergagni (*Epist.* LXIX, § 16 — *Epiat.* XLVI, § 20), Walther (*Krankheiten des Darmfells*, Berlin, 1785) et Michaelis (*Journ. de Loder*, vol. 3, p. 236), dont l'un de ces appendices manquait aussi, nous ne voyons pas pourquoi on refuserait le nom d'utérus double à celui qui aurait deux museaux de tanche, deux orifices, deux cols, deux cavités, mais qui n'aurait que deux ovaires.

Nous désignons donc sous le nom d'utérus double celui qui possède deux fois et séparément toutes les parties rigoureusement nécessaires à la conception, à la conservation du fruit et à son expulsion. Nous ne rangerons pas dans cette catégorie ceux qui ont deux museaux de tanche, mais qui n'ont qu'une cavité, pas plus que ceux qui, ayant deux cavités séparées, n'ont qu'un seul col et un seul museau de tanche.

Le fait que vous a présenté M. Lacombe appartient à cette première classe.

Si nous ouvrons les ouvrages de nos prédécesseurs, nous trouvons un assez grand nombre d'observations semblables, dont nous allons donner une analyse.

Doëhmer (*Obs. anat.*, fas. 11. obs. 5, p. 58. tab. 5-6) a vu, chez une femme de cinquante-six ans, un utérus ayant deux orifices, deux cavités utérines et deux vagins.

Morand (*Hist. de l'Acad. des Scienc.*, 1743, p. 86) décrit un utérus double avec un seul vagin.

Eisenmann (*Tabula anatomica uteri duplici obs. sistentes*. Argent. 1752) a vu, chez une jeune fille de dix-neuf ans, un utérus double avec deux vagins offrant à leurs orifices deux segments. Au fond de chaque vagin se trouvait un museau de tanche, mais à chaque utérus se trouvaient seulement

annexés une trompe, un ovaire, un ligament rond et un ligament large.

Gallisen (*Collect. anc. Societatis Hafniens. med.*, p. 146) rapporte une observation exactement semblable.

Meckel (*Journ. de Meckel*, vol. 1, cah. 1) a observé une fille de vingt ans qui mourut des suites d'une attaque de catalepsie; elle avait accusé des douleurs très-vives dans les parties génitales, ce qui porta à examiner la région qu'elles occupaient. On trouva deux vagins parallèles offrant chacun à sa partie supérieure deux cols allongés, arrondis, s'ouvrant chacun dans une cavité utérine différente.

Tiedman (*Archiv. für physiol.*, vol. 5, cah. 1. 1819) a vu une grossesse survenir chez une femme qui avait un utérus double et deux vagins, qui tous les deux, dit-il, avaient été dilatés par le coït. La femme mourut neuf jours après son accouchement.

Dans un journal allemand (*Gazet. Médic. Chirurg. de Salzbourg*, livrais. 51^e, p. 488), il est parlé d'une jeune fille qui avait deux utérus et deux vagins; elle n'était réglée que du côté gauche; à chaque menstruation elle souffrait horriblement, et toutes les douleurs étaient concentrées du côté où elle n'était pas réglée. Le museau de tanche du côté gauche était plus volumineux que celui du côté droit.

Stein (*Notiz. de Froriep*, avril 1824) et Carus (*Lehre von Schwangerschaft*, part. 2. p. 28) nous ont laissé chacun une observation d'utérus double; dans ces deux cas, l'utérus du côté droit contenait un fœtus.

West (*Séanc. de l'Acad. de méd. du 28 mai 1824*) a rencontré un utérus double dont le côté gauche contenait un fœtus.

Littre (*Dict. des Scienc. médic.*, t. 31, p. 192), disséquant une fille morte à l'âge de douze ans, trouva le vagin divisé à sa partie supérieure en deux par une cloison; chacune de ces cavités aboutissait à une matrice particulière qui avait son fond, son col, et son orifice. Ces matrices, qui étaient très-

distinctes et séparées à l'intérieur, ne montraient au dehors qu'un corps simple et continu, à l'exception néanmoins de leurs fonds, qui étaient séparés l'un de l'autre.

Dans le cas présenté à la Société anatomique par M. Bérard (*Cruveilhier, Anat. pathol.*, pl. 5. livrais. 4, p. 1) il y avait aussi deux museaux de tanche, deux cavités du col, deux cavités utérines. Un grand nombre d'auteurs ont rapporté des exemples d'utérus doubles, mais qui n'offrent rien de particulier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 14 (3^e SÉRIE) — (Octobre 1836),

RÉDIGÉ

PAR MM. VALLEIX, MAROTTE, CAZALIS, DENONVILLIERS,
NIVET ET DIDAY.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois d'Août et de Septembre 1836.*

1. Hypertrophie de l'apophyse odontôïde, chez un vieillard. — 2. Fracture extra-capsulaire du col du fémur. — 3. Fracture multiple du grand trochanter. — 4. Destruction du corps de deux vertèbres par des tumeurs tuberculeuses. — 5. Abscès par congestion, altération d'un fibro-cartilage intervertébral. — 6. Usure des cartilages de l'articulation radio-carpienne. — 7. Fausse membrane développée dans la cavité de la plèvre et contenant un dépôt de liquide dans son épaisseur. — 8. Tumeur cancéreuse du pharynx. — 9. Ulcérations de la vessie. — 10. Cancer gélatineux de l'estomac. — 11. Abscès du foie, pus épanché dans la cavité péritonéale. — 12. Kyste dans la région fessière. — 13. Nouvel instrument explorateur de l'urètre.

1. M. Pigné fait voir un développement considérable de l'apophyse odontôïde; il a eu plusieurs fois occasion de rencontrer cette particularité chez les vieillards. La hauteur de cette apophyse est si considérable qu'elle vient faire saillie dans la cavité du crâne, à travers le trou occipital; par sa grande épaisseur elle rétrécit beaucoup le canal vertébral. Dans la flexion de la tête, ce rétrécissement devait être beaucoup augmenté; il n'y a eu cependant aucun symptôme.

2. M. Diday fait voir une fracture extra-capsulaire du col du fémur, au bout de quarante-huit jours de l'emploi de l'appareil à extension continue, modifié par M. Laugier. Le blessé avait 60 ans; il a paru succomber à un état typhoïde. Le membre avait conservé sa direction naturelle; et le raccourcissement, qui avait été les premiers jours de un pouce et demi, n'était plus que de quelques lignes. On a vu, à l'autopsie, qu'il y avait enclavement du fragment interne dans l'externe.

3. *M. Pigné* présente l'extrémité supérieure du fémur d'une femme âgée de 82 ans, qui fit, il y a 25 ans, une chute sur le grand trochanter, à la suite de laquelle elle se borna à garder le lit pendant un certain temps. Elle avait un raccourcissement considérable du membre; le pied avait sa direction naturelle. On sentait derrière la cavité cotyloïde une saillie considérable qu'on pouvait prendre pour la tête du fémur; un enfoncement marqué la séparait d'une autre saillie osseuse semblable au grand trochanter; on ne pouvait pas arriver jusqu'à la partie antérieure de la cavité cotyloïde, en pressant sur la partie antérieure de la cuisse. Il était possible de prendre cet état pour une luxation du fémur; mais à l'autopsie on a trouvé une fracture ancienne offrant les particularités suivantes: Le grand trochanter présente deux saillies séparées par un enfoncement; c'est la plus considérable de ces saillies situées en arrière, qu'on avait pu prendre pour la tête du fémur. Celle-ci n'a pas abandonné la cavité cotyloïde; le col, dévié et presque perpendiculaire à l'os, a 1 pouce et demi de long à sa partie postérieure, et 4 à 5 lignes seulement en avant. *M. Pigné* pense qu'il a existé là trois fractures; la première a divisé en deux le grand trochanter, et produit l'enfoncement qui sépare les deux saillies; la seconde a séparé le grand trochanter du col du fémur; et la troisième, enfin, est un écrasement de la base du grand trochanter produit par la pression du col.

4. *M. Fernois* fait voir la colonne vertébrale d'un enfant de cinq ans, qui portait depuis fort long-temps une gibbosité fort considérable à la partie supérieure de la région dorsale. Depuis deux ans qu'il était à l'hôpital, on n'avait remarqué chez lui aucun indice de paralysie; il marchait bien; les mouvements des bras étaient libres. Il y a quelques jours, il fut pris tout-à-coup de convulsions violentes; et dix heures après il était mort. D'énormes tumeurs existent au-devant de la colonne vertébrale, depuis la septième vertèbre cervicale, jusqu'au bas de la région dorsale; elles contiennent une matière tuberculeuse en partie liquide. Au niveau de la réunion de la région cervicale avec la dorsale, deux corps de vertèbres sont détruits. La moelle est intacte; il n'y avait qu'un léger épanchement dans le cerveau.

5. *M. Vigla* fait voir la colonne vertébrale d'un homme qui avait présenté, pendant la vie, deux abcès par congestion. Ces deux abcès partaient d'un même point de la colonne vertébrale; mais l'un d'eux, à gauche, avait suivi la gaine du psoas, et, passant sur le pubis, qu'il avait dénudé, avait fusé entre les muscles de la cuisse, tandis que l'autre s'était porté vers l'épine iliaque postérieure et supérieure du côté droit. Entre la deuxième et la troisième vertèbre dorsale dans le fibro-cartilage intervertébral, existe une cavité qui contient une matière d'apparence tuberculeuse. Le tissu vertébral y est plus dense, et les deux os ont commencé à se souder; dans les mailles environnantes du corps des vertèbres, on trouve une matière infiltrée semblable au tubercule. Les deux os sont dénudés en avant. *M. Pigné* ne pense pas qu'il y ait ici maladie tuberculeuse; il croit plutôt à l'existence d'une affection signalée par Delpsch, consistant

dans une tuméfaction et un ramollissement des cartilages intervertébraux, suivis de l'ulcération des os.

6. MM. *Robert* et *Saint-Yves* présentent une usure des cartilages articulaires de l'articulation radio-carpienne. C'est surtout sous le rapport de la symptomatologie que ce fait est important. Cette lésion s'est produite, il y a six mois, chez une femme qui éprouva d'abord une douleur vive dans l'avant-bras et dans la main; les doigts se rétractèrent, l'avant-bras se tuméfia, un phlegmon s'y forma, et l'on sentit une fluctuation profonde; une crépitation manifeste se faisait sentir quand on imprimait des mouvements au poignet; une incision donna issue à une quantité notable de pus, et il fallut faire dix à douze contre-ouvertures; la suppuration ne tarit pas; la tête du cubitus fit saillie hors des téguments, et il y eut du dévoiement; la crépitation du poignet existait toujours. M. Robert pratiqua alors l'amputation de l'avant-bras. Ce membre présente les lésions suivantes: Un vaste abcès a décollé les muscles; les ligaments articulaires sont un peu ramollis; on trouve une très-petite quantité de pus derrière la tête du cubitus; les autres articulations du poignet n'en contiennent pas; les cartilages d'incrustation sont complètement détruits dans toutes les articulations du carpe; dans l'articulation radio-carpienne, il n'en reste qu'une petite portion sur la face articulaire du radius; cette petite portion a conservé toutes ses qualités physiques, elle ne paraît nullement altérée. M. Robert rappelle un autre fait à peu près semblable, qu'il a observé quelque temps auparavant. La maladie siégeait dans l'articulation coxo-fémorale; elle était caractérisée par des douleurs violentes; la claudication sans raccourcissement, la rétraction de la jambe et la *drépitation*; les cartilages d'incrustation étaient complètement usés, la tête du fémur déformée, et le tissu osseux éburné. M. Robert pense avec M. Cruveilhier que l'usure des cartilages se fait par une absorption intersticielle, et qu'elle n'est précédée ni par le ramollissement ni par la tuméfaction de leur tissu; le premier fait, dans lequel une portion de cartilage était encore à l'état naturel, vient à l'appui de cette opinion.

7. M. *Andral* présente une vaste fausse membrane développée dans la cavité de la plèvre; elle est très-épaisse et présente dans son centre une large cavité renfermant plusieurs onces d'un liquide séro-sanguinolent, et traversée par plusieurs brides cellulaires. Le poumon, refoulé contre la colonne vertébrale, était affaissé et peu perméable à l'air. Le sujet sur lequel on a trouvé cette lésion est mort rapidement, à la suite d'un coup de pistolet dans la tête. Il paraissait être, au moment de son suicide, dans un état de santé parfait.

8. M. *Durand* présente une tumeur volumineuse, développée à la partie supérieure du pharynx, derrière le voile du palais, et qui a causé la mort par asphyxie. Le sujet de l'observation, âgé de 75 ans, était depuis un mois à Bicêtre. A son entrée, il avait déjà la parole et la déglutition gênées; ces symptômes ont fait des progrès rapides. Le voile du palais est abaissé de manière à former un angle aigu avec la voûte palatine; pendant la vie

on ne pouvait pas faire pénétrer le doigt dans le pharynx. M. Pigné fait observer que la tumeur du pharynx a un pédicule très-large et envahit une grande étendue de la partie supérieure de cet organe, et que la membrane muqueuse est indurée et dégénérée; il pense, ainsi que M. Cruveilhier, qu'elle est formée par un véritable cancer du pharynx. Cette opinion est partagée par la plupart des membres de la Société.

9. M. Mercier communique la note suivante :

Il y a trois semaines, M. Pigné a présenté à la Société Anatomique une pièce qui, par cela même qu'elle est une des plus fortes preuves en faveur d'une opinion que j'ai nouvellement émise sur certaines perforations spontanées de la vessie (*Bull. de la Soc. Anat.*, 5^e série, t. 1^{re}, 1835; — *Gaz. Méd.*, avril 1836), exige que j'appelle votre attention sur elle.

Cette pièce a été recueillie par M. Petit, élève à Bicêtre, sur un vieillard qui depuis fort long-temps rendait continuellement ses urines goutte à goutte. Il y a vingt-cinq ans environ, on essaya de pénétrer dans sa vessie au moyen d'une sonde, mais on ne put y arriver, et depuis ce temps toutes les tentatives de cathétérisme que l'on a faites, notamment celles qui eurent lieu quelque temps avant sa mort à Bicêtre, furent inutiles. A l'autopsie, on trouva immédiatement au-dessus du bulbe, à l'extrémité inférieure de la portion membraneuse, un rétrécissement tel qu'un stylet n'y put pénétrer. On ne put y introduire qu'une soie de sanglier. Immédiatement en avant de ce rétrécissement, se trouvait un cul-de-sac, profond de 3 lignes, dans lequel les sondes venaient probablement s'engager : cette fausse route est ancienne et bien organisée. En examinant la face postérieure de la vessie, on vit une poche assez ample qui était recouverte par le péritoine. En pressant sur cette poche, le pus dont elle était remplie reflua dans la vessie par quatre ouvertures de 1 ligne à 2 lignes de diamètre, arrondies, revêtues par la muqueuse de la vessie jusqu'au foyer purulent où elle se rendait. Une, entre autres, a une direction très-oblique en bas et en arrière; elles sont situées à 2 pouces au-dessus des uretères, un peu à droite, sur la face postérieure de la vessie, et distantes les unes des autres de 2 à 3 lignes. Le foyer pourrait contenir un petit œuf de poule; il ne présente aucune trace de muqueuse; il est anfractueux; sa paroi antérieure est formée par la membrane musculieuse de la vessie, et certains faisceaux charnus y font des brides au-dessous desquelles on peut passer un stylet. On trouve également des fibres musculaires, mais moins prononcées, sur la paroi postérieure. La face interne de la vessie présente un assez grand nombre d'ulvéoles formées par une hernie de la muqueuse entre les faisceaux musculaires; deux, entre autres, situées un peu plus bas que les perforations décrites, ont leur muqueuse ulcérée, de sorte qu'elles communiquent entre elles au-dessous d'une colonne charnue qui a 3 lignes d'épaisseur.

10. M. Pigné fait voir l'estomac d'une femme entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière avec les symptômes d'une méningite, et morte vingt-quatre heures après. On voit autour du pylore une tumeur large et peu élevée,

ulcérée à sa surface, et dont la substance grisâtre et demi-transparente ressemble parfaitement à la chair d'un limaçon : c'est le cancer gélatiniforme. Des renseignements recueillis après la mort ont fait connaître qu'avant sa dernière maladie cette femme n'avait rien éprouvé qui annonçât cette lésion ; quelques vomissements ont eu lieu à son entrée à l'infirmerie ; mais on pouvait les attribuer à la méningite, aussi bien qu'au cancer du pylore.

11. *M. Ratme-Dugarray* fait voir le foie d'une jeune fille de 22 ans, qui a succombé à l'ouverture d'un abcès du foie dans la cavité abdominale. Il y a trois ans, cette fille reçut un coup de pied de cheval sur la région du foie ; elle éprouva des symptômes graves, mais elle se rétablit, et sa santé parut tout-à-fait consolidée, lorsqu'il y a un mois elle ressentit une douleur vive et profonde ; il survint un ictère ; le foie débordait les côtes ; il y avait de la fièvre ; trois ou quatre jours avant la mort on observa les symptômes d'une violente péritonite. A l'autopsie on a trouvé du pus vers la région hypogastrique et des fausses membranes dans la cavité péritonéale. A la face convexe du lobe gauche du foie on rencontre une énorme poche pleine de pus, et présentant une ouverture à sa partie supérieure ; c'est sans doute par-là que s'est échappé le pus épanché qui a causé la péritonite. La poche communique largement, par sa partie inférieure, avec le conduit hépatique et le canal cholédoque, dilatés de manière à permettre l'introduction du petit doigt et le passage du pus dans l'intestin.

12. *M. Laborie* fait voir une tumeur enlevée de la fesse d'un homme qui la portait depuis quatre ans. A cette époque, si l'on en croit le malade, elle était dure et immobile. A son entrée à l'hôpital on y sentit une fluctuation profonde et douteuse. On diagnostiqua un abcès ou un lipôme. Pour s'assurer si elle contenait un liquide, on introduisit une aiguille à acupuncture, dont la pointe sembla parcourir une cavité sans rencontrer d'obstacle ; mais une ponction faite avec un trois-quarts ne fit sortir qu'une très-petite quantité de liquide séro-purulent. L'extirpation de la tumeur ayant été faite, on a trouvé un kyste à parois dures, contenant un mélange de matière pultacée rougeâtre et de pus séreux. Le kyste adhérait au grand fessier ; ses limites étaient : en haut, l'épine iliaque postérieure et supérieure ; et en bas, un point situé à 1 pouce environ au-dessous du grand trochanter.

13. *M. Bénéqué* indique un moyen de reconnaître le point altéré du canal de l'urètre dans les blennorrhagies chroniques. Il consiste à introduire dans le canal de l'urètre un rouleau de linge ayant pour mandrin un fil de fer ou une corde à boyau, et protégé dans son introduction par un tube métallique. On retire ce tube, et, laissant pendant un certain temps le rouleau de linge en contact avec les parois du canal de l'urètre, on retrouve ensuite sur lui des traces circonscrites de suppuration, qui indiquent le siège de la maladie. On peut alors facilement porter dans ce lieu un médicament topique. *M. Bénéqué* avait d'abord pensé à protéger son rouleau

de linge avec un boyau de chat ; mais quelques expériences qu'il a tentées lui ont fait préférer un tube métallique à parois flexibles.

Luxation simple et incomplète par cause externe de la douzième vertèbre dorsale, en avant de la première lombaire ; paralysie ; état fibreux de la moelle, au niveau du rétrécissement du canal rachidien ; fractures des dix côtes intermédiaires, du côté droit, sans lésion traumatique des poumons. Mort au bout de 46 jours. — Observation recueillie par M. LEBERT, interne des hôpitaux, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gerdy.

Le nommé Déloge, âgé de cinquante ans, maçon, fut entraîné par l'écroulement d'un échafaud, dans la matinée du 23 mars 1836, et reçut, en tombant, plusieurs moellons sur la région dorsale. La partie antérieure de la poitrine, dirigée vers le sol, eut, au contraire, à supporter tout le poids de son corps. Malgré la violence de la chute, Déloge ne perdit point connaissance ; mais il essaya vainement de se relever ; ses membres inférieurs étaient frappés de paralysie ; il n'y avait pas d'évacuation involontaire. Apporté de suite à l'hôpital Saint-Louis, nous le trouvâmes dans l'état suivant : connaissance parfaite ; intégrité de l'intelligence ; extrémités froides ; pouls faible et lent (58 pulsations), mais régulier ; il se plaint d'une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine, où l'on remarque une large ecchymose, accompagnée de plusieurs fractures, dont on ne cherche pas à déterminer, au juste, le nombre. En arrière, le tronc présente la trace d'une contusion légère, au niveau de la troisième vertèbre du dos, sans apparence de fracture ni de luxation. Il existe, au contraire, au bas de cette région une saillie considérable, ecchymosée, dure, immobile, indolente à la pression, et tout-à-fait semblable, pour la forme et le volume, à la tumeur qui résulte ordinairement de la

carie du corps d'une ou de deux vertèbres. On sent un écartement d'environ un pouce entre les apophyses épineuses correspondantes, qui ne paraissent pas avoir été fracturées; les apophyses transverses ne peuvent être atteintes par le toucher. On note une paralysie complète du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs; une insensibilité des parois abdominales, qui cesse graduellement vers la zone épigastrique, mais plus bas en avant qu'en arrière, et une dyspnée très-pénible. Le malade est obligé de se tenir presque assis dans son lit, la tête et la poitrine soutenues par des oreillers; les parois du thorax sont soulevées avec effort pendant l'inspiration; durant l'expiration, au contraire, elles reviennent sur elles-mêmes par un mouvement à peu près passif, sans doute à cause du peu de part qu'y prennent les muscles de l'abdomen. L'auscultation et la percussion ne fournissent aucun signe de maladie des organes thoraciques. Nul accident du côté des voies digestives; la verge n'est pas en érection. (25 sangsues sur le côté droit de la poitrine.)

24 mars. — Le pouls s'était relevé sans devenir beaucoup plus fréquent; les extrémités avaient repris leur chaleur naturelle; mais tous les autres symptômes persistaient au même degré. Le malade, qui n'avait pas uriné depuis l'accident, n'en sentait pas le besoin. La vessie était d'ailleurs médiocrement distendue, et se trouvait encore cachée derrière le pubis. C'est pourquoi le cathétérisme ne fut pratiqué que dans la soirée, époque à laquelle la sonde amena seulement deux palettes d'un liquide jaune orange, oléagineux, et d'une odeur pénétrante. (Saignée de ℥ xij.)

25 mars. — Diminution notable de la douleur du côté droit; râle trachéal; expectoration nulle; rétention des urines et des matières fécales; apyrexie. (Bandage de corps autour de la poitrine; tisanes émollientes et légèrement laxatives; cathétérisme matin et soir; l'urine devenait chaque fois moins jaune, plus liquide et plus abondante.)

27 mars. — Peauchaupe; pouls fébrile (92 pulsations); pas de douleur proprement dite dans aucune partie du corps. (Nouvelle saignée de $\frac{3}{4}$ viij, révulsifs sur le canal intestinal.)

30 mars. — Quelques crachats muqueux étaient expectorés avec beaucoup de peine; excrétion involontaire des urines et des matières fécales; la vessie ne faisait pas saillie au-dessus du pubis: teinte livide de la peau qui recouvre le sacrum et la région lombaire. Persistance des autres symptômes. (Saignée de $\frac{3}{4}$ viij.)

15 avril. — L'escarre de la région sacro-lombaire était entièrement détachée; elle laissait à sa place une énorme plaie, qui n'avait pas moins de neuf à dix pouces dans tous les sens. Cette large surface exhalait une odeur infecte: du reste, elle n'était le siège d'aucune espèce de douleur. La perte de la sensibilité s'étendait à peu près jusqu'au milieu du dos. Le râle trachéal et l'expectoration avaient cessé complètement depuis quelques jours. On n'observait pas de changement dans l'état de la respiration, ni dans l'étendue de la paralysie. Les urines et les matières fécales s'écoulaient toujours involontairement. Absence de fièvre, d'appétit, et de douleurs dans les membres; le malade s'affaiblissait d'une manière sensible, et ne pouvait plus prendre qu'un peu de vin et de bouillon. Enfin, épuisé par la gêne permanente de la respiration, il succomba dans un état de marasme, le 8 mai, c'est-à-dire quarante-six jours après l'accident, sans avoir présenté d'autres phénomènes que ceux qui précèdent.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. — Les poumons, volumineux et libres de toute adhérence avec les parois thoraciques, ne s'affaissaient pas à l'air, et produisaient un bruit obscur de crépitation, lorsqu'on les pressait entre les doigts. Leurs cellules étaient dilatées à divers degrés, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une fève de haricot, ce qui donnait à ces organes l'aspect de grosses éponges. D'ailleurs secs, pâles et à peu près exsangues, ils

offraient seulement à leur base un léger engouement sanguin.

Fractures des dix côtes intermédiaires, du côté droit, à trois pouces environ de leur extrémité sternale. Les trois premières et les deux dernières, en comptant de haut en bas, n'étaient pas accompagnées de déplacement notable, tandis que les autres en présentaient un de deux à six lignes, suivant la longueur. Quant à la disposition particulière de celles-ci, le fragment sternal se portait du côté de la plèvre, dans les deux supérieures, et en dehors dans les trois autres. Elles étaient toutes, en partie, consolidées, et entourées d'une espèce de virole ostéo-fibreuse. L'injection du tissu cellulaire voisin s'étendait jusqu'à la portion correspondante des fragments osseux; mais la rougeur et la mobilité de ces derniers ont disparu par l'effet de la dessiccation. De la présence de ces fractures, résultait une série d'inégalités, lisses en dedans, où elles semblaient être encore tapissées par la plèvre.

État parfaitement sain des gros vaisseaux et du cœur; vacuité complète des cavités gauches; les cavités droites contenaient seulement une petite quantité de sang noir demi-liquide.

On ne trouve pas de changement notable dans l'aspect, la couleur et la consistance de l'estomac et des intestins. Le volume du foie et de la rate était d'un cinquième, environ, plus considérable qu'à l'ordinaire, sans que leur substance parût altérée. Rien de remarquable dans les reins et les uretères: vessie saine, mais très-petite; les parois avaient de deux à trois lignes d'épaisseur.

Le cerveau, le cervelet, leurs membranes d'enveloppe et le crâne étaient à l'état normal. Une ecchymose entourait profondément en arrière les troisième et quatrième vertèbres dorsales, devenues plus mobiles l'une sur l'autre. Toutefois, la laxité de leurs moyens d'union n'allait pas jusqu'à permettre l'abandon des surfaces articulaires. Il n'existait

d'ailleurs, en cet endroit, ni fracture, ni déplacement. Toute la région sacro-lombaire avait été privée de ses téguments, comme nous l'avons dit, par suite de gangrène. Le sommet des apophyses épineuses correspondantes, une grande partie de la face postérieure du sacrum, et l'angle saillant en arrière des os iliaques, étaient nécrosés superficiellement. En outre, une certaine quantité de sang infiltrait le tissu cellulaire et les muscles, au niveau de la saillie formée par la colonne vertébrale. Le squelette de cette région ayant été mis à découvert, on reconnut que le corps de la douzième vertèbre dorsale se portait obliquement en bas et en avant de la première vertèbre lombaire, qu'il dépassait, dans ce sens, de plus de trois lignes. Il en résultait un écartement de dix-huit lignes environ, entre le sommet de leurs apophyses épineuses, et, vis-à-vis la première vertèbre lombaire, un rétrécissement assez considérable du canal rachidien. Leurs apophyses articulaires étaient entièrement séparées l'une de l'autre, de telle sorte que les inférieures de la douzième vertèbre dorsale se trouvaient au-dessus, et un peu en avant des apophyses articulaires supérieures de la première vertèbre lombaire. Les apophyses transverses de celles-ci, fracturées à leur base, tenaient encore aux parties voisines par quelques liens fibreux. Les ligaments jaunes, articulaires, inter et sus-épineux étant rompus, et le disque inter-vertébral en partie détruit; les deux os indiqués n'étaient plus maintenus que par les muscles des gouttières vertébrales et les fibres ligamenteuses qui les entourent. Encore, ces dernières formaient-elles, en avant, une sorte de poche demi-sphérique, remplie d'un pus sanieux, dans lequel baignait presque toute la face antérieure du corps de la première vertèbre lombaire, et dont le pourtour devenu osseux se fixait, d'une part, au bord supérieur de la deuxième vertèbre lombaire, et de l'autre, au bord inférieur de la douzième vertèbre dorsale. La face supérieure du corps de la première vertèbre lombaire, seulement privée de son

bord antérieur fracturé, mais reconverte, en totalité, par une couche mince du disque inter-vertébral ramolli, s'inclinait fortement en bas et en avant, de manière à ne plus avoir que six lignes de hauteur sur la ligne médiane. Cette disposition anatomique tenait à deux causes : 1° à une véritable perte de substance; 2° à un affaissement du tissu osseux, devenu beaucoup plus dense au-dessous. Les autres pièces du rachis n'offraient aucune lésion appréciable. Après avoir ouvert le canal vertébral, dans toute sa longueur, nous trouvâmes, au niveau des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales, des trois dernières de la même région, et des deux premières lombaires; nous trouvâmes, dis-je, la dure-mère recouverte de plaques pseudo-membraneuses jaunâtres, très-fermes, et adhérentes antérieurement aux parois du canal osseux. On remarquait aussi, dans les points correspondants, une injection très-prononcée des veines du rachis, et des adhérences celluluses assez serrées entre le feuillet séreux qui tapisse la dure-mère et celui qui correspond à la pie-mère de la moelle. En outre, les vaisseaux de cette dernière membrane étaient gorgés de sang et flexueux. Au niveau de la troisième vertèbre dorsale, la moelle offrait à sa face postérieure seulement une tache superficielle, violacée, lenticulaire, et due évidemment à une légère infiltration sanguine. Son volume devenait ensuite un peu plus considérable, et sa consistance un peu moins grande que dans l'état normal, jusqu'à la sixième vertèbre dorsale inclusivement. Au-dessous, la moelle ne paraissait pas altérée. Mais, à partir de la sixième vertèbre dorsale, elle augmentait successivement de volume, et tout-à-fait au bas de cette région elle n'avait pas moins de six lignes de largeur et de trois lignes et demie d'épaisseur. Puis, elle offrait une sorte d'étranglement grisâtre, très-ferme et entièrement fibreux, long de sept à huit lignes, n'ayant qu'une ligne d'épaisseur sur deux de largeur, et correspondant à l'endroit rétréci du canal rachidien. Vis-à-

viq., la dure-mère présentait à l'extérieur un épaississement assez considérable. Plus bas, la moelle reprenait le volume qu'elle avait auparavant, et le conservait jusqu'à l'origine de la queue de cheval. Au niveau de son dernier renflement, la moelle, notablement ramollie et parcourue par un certain nombre de vaisseaux sanguins très injectés, était réduite, à son centre, en une pulpe d'un blanc jaunâtre, demi-liquide, et où l'on pouvait soupçonner la présence d'une petite quantité de pus.

Réflexions. Les détails relatifs au fait principal que renferme cette observation, c'est-à-dire à la luxation simple et incomplète de la douzième vertèbre dorsale, en avant de la première vertèbre lombaire, me paraissent suffisants pour en établir l'existence d'une manière incontestable. D'ailleurs, la pièce anatomique a été présentée à la Société, qui a pu vérifier l'existence de cette luxation. Le mécanisme de cette espèce de luxation me paraît extrêmement simple. Ainsi, pour le cas qui nous occupe, en considérant, d'une part, la position du malade au moment de sa chute, et, par suite, la direction à peu près horizontale des apophyses articulaires luxées; d'une autre part, la nature, la force et la direction perpendiculaire de la cause vulnérante, que je suppose avoir agi principalement sur les dernières vertèbres dorsales, comme semble l'indiquer une contusion plus forte en ce point; en réfléchissant, dis-je, à ces diverses circonstances, on est conduit tout naturellement à penser que la luxation s'est effectuée par un double mouvement de la douzième vertèbre dorsale sur la première lombaire, l'un de bascule, et l'autre de transposition. Dans cette hypothèse, le premier mouvement aurait déterminé la fracture du bord supérieur du corps de la première vertèbre lombaire, et, en même temps, le glissement des apophyses articulaires luxées les unes au-dessus des autres. Durant le second, au contraire, la vertèbre dorsale se serait portée en avant de la première vertèbre lombaire. Mais je ne pense pas

que tout le déplacement ait eu lieu dès le principe; du moins, le tassement du tissu spongieux de la première vertèbre lombaire me semble dépendre, en grande partie, sinon en totalité, de la position presque assise que le sujet a conservée depuis le jour de l'accident jusqu'à celui de sa mort, et dont l'effet sur la vertèbre était d'ailleurs favorisé par un véritable travail inflammatoire.

Tel est, à mon avis, le mécanisme de cette luxation. On voit que l'explication en est simple, naturelle, et fondée uniquement sur l'anatomie normale et l'état des parties après la mort. Au reste, la manière de voir des auteurs anciens était bien à peu près la même. Sans parler d'Ambroise Paré, qui dit que « la cause externe des luxations vertébrales est pour tomber de haut sur choses dures, et de se pencher et courber sur le devant », je rappellerai seulement les idées de J. L. Petit à ce sujet. Pour ce grand chirurgien, il existait des luxations complètes et incomplètes des vertèbres dorsales et lombaires, sans complication de fracture. Les premières lui paraissaient difficiles et nécessairement mortelles : aussi ne s'en occupe-t-il pas. Il dit au contraire positivement que dans les luxations incomplètes « les vertèbres luxées se touchent par la plus grande partie de leur corps, et ne se luxent entièrement que par leurs apophyses obliques »; puis il ajoute que « les apophyses obliques ne peuvent être luxées que par des causes qui agissent selon la flexion ». (*Traité des Maladies des Os.*) Ravaton n'est pas moins explicite à cet égard : car il cite également plusieurs cas de guérison, dans le quatrième volume de sa *Pratique moderne de la chirurgie*. D'après ce qui précède, il est évident que les luxations des vertèbres dorsales et lombaires, niées par quelques auteurs modernes, sont connues depuis long-temps.

Dans la crainte de paraître beaucoup trop long sur un sujet d'ailleurs si remarquable, je terminerai en rappelant les faits suivants :

1°. L'état fibreux de la moelle, survenu dans l'espace de

quarante-six jours, au niveau du rétrécissement du canal rachidien, est un fait presque unique dans la science. Je ne connais du moins pour ma part qu'un fait analogue, cité par M. Ollivier d'Angers, dans son *Traité de la Moelle épinière et de ses Maladies*, tome I, page 256. Cette espèce d'étranglement, composé de fibres longitudinales, est bien évidemment le résultat d'une compression qui semble avoir exprimé la substance médullaire du tissu cellulaire de la moelle, et, de la sorte, avoir produit en partie les renflements inflammatoires qui se trouvaient au-dessus et au-dessous, sans que la phlegmasie ait été révélée par aucun symptôme.

2°. L'insensibilité de la surface mise à nu par la chute de l'escarre du sacrum et qui ne s'étendait pas au-delà de la paralysie, est une circonstance bien propre à démontrer (ainsi que l'observe M. Ollivier, *loc. cit.*, page 284) que la douleur inflammatoire ne réside pas seulement dans les nerfs des vaisseaux sanguins, mais encore dans ceux qui président à la sensibilité générale.

Carie superficielle de l'apophyse odontoïde; destruction des ligaments odontoidiens et du ligament transverse. — Mort subite. Observation présentée par M. GABRIEL, interne des hôpitaux.

Macé, âgé de seize ans, ébéniste, est entré à l'hôpital Beaujon le 21 avril 1836. Ce jeune homme, d'un tempérament scrofuleux, nous rapporte qu'il y a deux mois, en montant un escalier, il éprouva subitement et sans cause extérieure une douleur assez violente à la partie latérale

gauché du cou, derrière l'apophyse mastoïde. Aucun traitement ne fut dirigé contre cette douleur, qui s'accompagna bientôt de renversement de la tête en arrière, et força le malade à suspendre son travail.

A son entrée à l'hôpital, il présenta ces symptômes : déubitus sur le dos : la tête est inclinée sur l'épaule gauche, et un peu en arrière; elle est immobile, les mouvements de latéralité du cou sont impossibles. Le cou est déformé; les muscles sterno-mastoïdien et trapèze du côté droit sont fortement tendus, et se dessinent sous la peau, qui est également tendue; les mêmes muscles, du côté gauche, sont relâchés, et la peau qui les recouvre est frocée transversalement, et d'avant en arrière. L'apophyse épineuse de l'axis semble plus proéminente que de coutume : la crainte de provoquer des accidents empêche d'explorer le pharynx avec le doigt : le malade ne pouvant ouvrir la bouche qu'imparfaitement, l'œil n'y aperçoit aucune altération. Lorsque ce jeune homme ne fait pas de mouvement, il n'éprouve qu'une douleur peu vive, continue, dans toute la région du cou, mais surtout au niveau de l'apophyse transverse de l'axis; cette douleur s'exaspère par le toucher; la déglutition est gênée; ce symptôme fait croire à l'existence d'une tumeur à la partie postérieure du pharynx; j'ai dit pour quelle raison l'on avait négligé de s'assurer de l'état de cette région; la parole est lente, traînée; elle parait en harmonie avec la constitution molle du sujet; la respiration est intacte; la circulation normale; l'état général bon; l'appétit conservé; il n'existe ni céphalalgie, ni étourdissements. Il n'y a jamais eu de paralysie, ni même d'engourdissement passager des membres. Application de deux moxas au niveau et sur les côtés de l'apophyse épineuse de l'axis.

La maladie ne semblait pas avoir fait de progrès depuis l'entrée du malade à l'hôpital, lorsque le 25 avril, dans la soirée, survinrent des symptômes d'un nouvel ordre :

le malade est couché sur le côté gauche; c'est la première fois qu'il prend cette position; la tête est légèrement fléchie sur la poitrine; la face est rouge, exprime la souffrance; pour la première fois, le malade fait entendre des cris plaintifs; il éprouve, dit-il, depuis quelques heures, de l'engourdissement, des fourmillements douloureux aux extrémités; ses souffrances sont si pénibles et si continues, qu'il refuse de prendre aucun aliment. Le mouvement et la sensibilité sont conservés.

Le lendemain, 26, persistance des mêmes douleurs; application de dix sangsues à la nuque. Deux heures après la chute des sangsues, sans qu'on ait pu savoir s'il avait fait quelque mouvement trop brusque, le malade perd subitement connaissance, et, après quelques inspirations râleuses, il meurt en moins de trois minutes, sans convulsions. Ni les excitants externes usités en pareil cas, ni la compression du thorax, ni l'insufflation d'air dans les poumons ne purent le ramener à la vie.

Autopsie. — Le parenchyme pulmonaire, soigneusement examiné, n'offre aucune trace de tubercules. L'exploration la plus minutieuse des glandes mésentériques, ainsi que des ganglions lymphatiques du cou, etc., ne fait non plus reconnaître, dans aucun de ces points, la déposition de matière tuberculeuse. Les autres organes ne m'ont paru présenter aucune lésion appréciable qui eût trait à l'affection à laquelle a succombé le sujet.

L'atlas, vu par sa face antérieure, semble avoir conservé tous ses moyens d'union avec l'occipital; il est, au contraire, presque entièrement mobile sur l'axis, dans le sens antéro-postérieur. Sur la partie antérieure et latérale gauche de l'axis existe un foyer du volume d'une petite noisette, exactement circonscrit, limité par une couche celluleuse épaisse; ce foyer contient une substance demi-solide, d'un jaune terne, dans laquelle on aperçoit des flocons purulents concrétés; ce foyer communique avec l'intérieur du

corps de l'axis par une ouverture d'une ligne de diamètre, située au niveau du foyer. Un stylet, introduit dans cette ouverture, permet d'apprécier la perte de substance qu'a éprouvée le corps de l'axis ; la plus grande partie de la substance spongieuse a disparu : l'on rencontre, au milieu du pus qui baigne cette cavité, de petites parcelles de cette même substance, grenues, friables, ramollies par la suppuration.

Le cartilage de l'apophyse articulaire inférieure gauche de l'atlas flotte librement dans l'articulation sans présenter d'autre modification appréciable que celle de son isolement, par le fait de la suppuration des tissus sous-jacents ; au-dessous de ce cartilage l'os est rugueux, inégal.

Les lames vertébrales sciées perpendiculairement, j'incise transversalement la dure-mère et la moelle au niveau de la quatrième vertèbre cervicale, et les rejette avec précaution sur l'occipital ; je mets ainsi à nu la partie antérieure du canal vertébral. Le ligament transverse a complètement disparu, ainsi que les deux ligaments odontoïdiens et les trousseaux fibreux qui assujétissent les surfaces articulaires du côté gauche ; les trousseaux fibreux du côté droit persistent seuls, ainsi qu'une faible partie du ligament commun antérieur et des ligaments altoïdo-axoïdiens. — L'apophyse odontoïde est mobile dans tous les sens, excepté en avant, où elle est maintenue par l'arc antérieur de l'atlas ; elle est cariée dans toute son étendue, mais les couches osseuses les plus superficielles ont seules été détruites ; car elle a le même volume, la même forme, que dans l'état naturel. Le cartilage qui continue à former l'articulation odontoïdo-altoïdienne est seul conservé, et paraît avoir été soustrait à l'action de la suppuration qui baignait toutes ces parties. La dure-mère, au niveau de l'apophyse odontoïde, ne présente aucune altération ; la moelle, au même niveau, et dans l'étendue d'un demi-pouce, paraît présenter un ramollissement blanc, non circonscrit, sans injec-

tion plus marquée de la portion qui en était le siège que du tissu environnant.

Cette observation me semble renfermer quelques faits intéressants :

1° Le peu de temps qui s'est passé entre l'invasion de la maladie et la mort;

2° La déviation de la tête, qui a toujours eu lieu du même côté que l'altération pathologique;

3° La situation de l'altération à gauche (Rust l'a trouvée sept fois sur neuf à droite);

4° Le renversement de la tête en arrière, tandis que, dans les cas rapportés par M. Ollivier, le renversement avait lieu en avant;

5° L'absence de douleurs jusqu'à la veille de la mort;

6° L'instantanéité des accidents, ce même jour;

7° Enfin, la mort, qui, sans aucun doute, a eu lieu par compression de la moelle par l'apophyse odontoïde, compression qui survint par suite de la destruction du ligament transverse.

Rapport sur l'observation précédente, par M. DIDAY.

Aucun des symptômes regardés comme pathognomoniques de la carie de l'apophyse odontoïde ne manquait ici. Le malade, couché sur le dos, ne remuait la tête qu'avec la plus grande circonspection, et l'expression de sa figure, lors de ces mouvements, montrait assez l'appréhension qu'ils lui causaient. Dans le principe, il ne soutenait pas, à la vérité, sa tête avec les deux mains, lorsqu'il voulait se lever; mais il adopta avec empressement cette habitude, dès qu'elle lui eut été indiquée; et cette précaution, généralement instinctive, qui constitue ordinairement un signe précieux, devint dès lors, pour le malade, un moyen efficace pour soulager les douleurs résultant du changement de position.

La fixité de la tête dans l'attitude du renversement en arrière, situation assez rarement observée, nous paraît un symptôme capable de révéler au praticien la destruction du ligament transverse. Comme, en effet, ce faisceau fibreux a pour usage de préserver la moelle du contact de l'apophyse odontoïde, dans les mouvements de la tête, n'est-il pas évident que, dans les cas où ce moyen de protection lui manque, la moelle, entraînée avec la tête, viendrait, surtout lors de la flexion en avant, nécessairement se comprimer sur cette apophyse restée immobile; la contraction prédominante des muscles extenseurs de la tête supplée alors le ligament transverse dans son rôle d'organe protecteur de la moelle, en appliquant, d'une manière invariable, l'atlas et la tête contre l'apophyse odontoïde; seulement elle agit en empêchant les moindres mouvements de flexion, tandis que la fonction du ligament transverse est de rendre les mouvements, en tous sens, compatibles avec l'intégrité de la moelle.

Observation d'un abcès développé entre la colonne vertébrale et le pharynx, recueillie par M. DARIÈRE, interne des hôpitaux.

Le 29 mars 1836, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de MM. Bally et Piorry, une femme âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution éminemment tuberculeuse; elle venait pour faire traiter son troisième enfant, âgé de seize mois.

La santé de cet enfant avait été bonne depuis sa naissance, lorsque, il y a cinq mois, il fut pris d'un mal de gorge assez intense, accompagné de toux; un médecin prescrivit quelques boissons adoucissantes. La maladie continua; un autre médecin crut à l'existence du croup, et fit faire une application de sangsues à la partie antérieure du col et poser un vésicatoire au bras. Ce traitement parut d'abord arrêter les progrès du mal; mais bientôt la gêne de la respi-

ration augmenta, surtout pendant le sommeil; c'est alors qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu.

Cet enfant fut examiné le jour même; son état apparent de santé nous fit hésiter à croire que la maladie pût dater de cinq mois; la face était bien un peu bouffie, mais sa coloration était naturelle, point violacée; les conjonctives n'étaient point injectées; la déglutition était un peu pénible; cependant l'enfant tétait avec plaisir; il n'y avait ni hoquet, ni vomissement. Les fonctions abdominales s'exécutaient bien.

La respiration était gênée, sifflante; durant le sommeil, elle devenait plus laborieuse, l'enfant étouffait, il se réveillait en sursaut. L'auscultation ni la percussion ne furent pas pratiquées.

La toux était rare, peu intense, revenait par quintes peu prolongées, ne présentant point les caractères que l'on observe dans le croup. Le pharynx, examiné avec difficulté, n'offrait ni rougeur, ni fausses membranes, mais un gonflement considérable, sans aucune apparence de tumeur. Le toucher n'apprenait rien de plus.

Le 30 mars. — M. Piorry, après avoir examiné le petit malade, ne pouvant découvrir aucune lésion organique appréciable, crut à une affection spasmodique, et prescrivit une potion avec l'extrait de belladone.

Le 31 mars, même état, même prescription; de plus, frictions avec la pommade stibiée sur la région antérieure du col.

1^{er} avril. — La nuit a été un peu plus agitée. M. Piorry examine de nouveau le malade. L'inspection attentive de l'arrière-gorge permet d'apercevoir le refoulement en avant des parties placées autour de l'ouverture pharyngienne; on ne peut voir au-delà, et le doigt, qui ne peut non plus pénétrer plus avant, donne la sensation que produit le toucher d'un corps œdémateux. On soupçonne alors une angine œdémateuse. Ce fut cependant avec défiance que fut porté ce diagnostic. (Potion avec le sirop d'ipécacuanha et l'extrait de belladone; vésicatoire à la partie antérieure du thorax.)

La journée se passa bien ; la mère eut l'imprudence de descendre son enfant dans le jardin : le temps était froid et très-humide ; lorsqu'elle le remonta dans la salle, la respiration était gênée ; elle le devint de plus en plus, et, à cinq heures du soir, l'enfant était dans un état désespéré.

La face n'était que peu violacée, mais la respiration était entrecoupée ; elle ne se faisait qu'à de longs intervalles et sans convulsions ; on n'entendait aucun sifflement, aucun bruit autre que le râle trachéal. L'oreille, appliquée sur les parois thoraciques, n'entendait aucun bruit anormal ; la circulation se faisait avec assez de régularité ; la chaleur était assez bien conservée ; les extrémités seulement commençaient un peu à se refroidir ; le petit malade n'opposait plus aucune résistance. Nous examinâmes le pharynx pour voir si aucun corps étranger n'était la cause des accidents : on n'en apercevait aucun ; il n'y avait pas même de mucosité ; le voile du palais, ses piliers, la luette, et toute cette paroi musculo-membraneuse étaient refoulés en avant de telle sorte, qu'on ne distinguait plus qu'un petit infundibulum sans issue, dans lequel on ne pouvait même pas faire pénétrer une sonde en gomme élastique, obligé qu'on était d'agir avec ménagement ; la nature de l'altération étant inconnue :

On plaça des sinapismes sur les membres inférieurs ; la peau ne rougit même pas ; la titillation de l'arrière-bouche avec les barbes d'une plume ne détermina point de vomissement ; on essaya de faire prendre un demi-grain d'émétique ; mais comment franchir l'obstacle ?... Il ne restait qu'une dernière et unique chance de salut, l'opération de la trachéotomie ; mais l'absence du médecin sédentaire de l'Hôtel-Dieu s'opposa à ce qu'on pût pratiquer cette opération.

Nécropsie faite trente-huit heures après la mort. — Pas de rigidité cadavérique ; face non violacée ; on ne dirait pas que cet enfant a succombé à une asphyxie ; il est vrai que la rapidité avec laquelle les fonctions respiratoires ont été suspendues explique la non-injection par le sang veineux.

des capillaires de la face et de toute la peau. Le crâne se détache, avec la plus grande difficulté, de la dure-mère, surtout au niveau des fontanelles. Le cerveau et ses membranes sont sains, et ne contiennent que fort peu de sang liquide.

Les viscères abdominaux sont dans la plus parfaite intégrité. La rate semble un peu plus volumineuse : ce qui peut être attribué à sa distension par le sang. Les ganglions mésentériques sont développés comme on l'observe à cet âge.

À l'ouverture du thorax, il ne s'écoule aucun liquide ; le cœur est sain ; le sang qu'il contient est fluide, un peu plus abondant dans les cavités droites que dans les gauches ; elles n'en contiennent cependant qu'une quantité médiocre.

Au moment où l'on détachait l'œsophage et le pharynx de la colonne vertébrale, un flot de pus blanc, crémeux, de bonne nature, s'écoule, à notre grand étonnement, d'une ouverture que le scalpel venait de faire à un vaste foyer purulent, situé au-devant des vertèbres cervicales et derrière le pharynx. L'état d'intégrité parfaite des surfaces osseuses environnantes, et principalement des vertèbres cervicales, démontra évidemment que cette collection purulente ne provenait point d'une carie de ces vertèbres ni d'un abcès par congestion ayant un autre point de départ ; du reste, la tumeur était bien circonscrite et enveloppée d'une sorte de kyste, comme le démontre l'examen de la pièce.

Le larynx, la trachée, les bronches, le poumon droit, sont dans le plus parfait état d'intégrité ; on n'y observe pas même de rougeur ; le dernier de ces organes offre seul un peu d'engorgement hypostatique.

Le poumon gauche est faiblement adhérent aux parois costales ; son lobe inférieur crépite dans toute son étendue ; le lobe supérieur résiste au toucher, et ne crépite que dans une petite partie de sa base. Si on l'incise, il offre l'aspect de l'hépatisation rouge dans quelques points, grise dans quelques autres. Tout-à-fait au sommet on rencontre trois

petites cavernes pleines de matière tuberculeuse ramollie, communiquant entre elles. Dans le médiastin antérieur, on trouve un corps d'apparence glanduleuse, que nous croyons être un vestige du thymus, qui, lui-même, est infiltré de matière tuberculeuse; du reste, cette matière tuberculeuse n'a aucune communication avec la cavité pleurale des médiastins.

Une étude attentive du voile du palais, de ses piliers, de la luette, des amygdales, des parois du pharynx et de l'œsophage nous démontre leur intégrité; mais, derrière le pharynx, au milieu de ce tissu cellulaire lâche et lamelleux qui le sépare des muscles longs du cou, grands droits et petits droits postérieurs de la tête, se trouve une tumeur dont la paroi externe gauche est côtoyée par l'artère carotide primitive correspondante; cette tumeur, dont on n'observe plus maintenant qu'une partie, contenait le pus qui s'est écoulé au moment de l'ouverture; elle s'étend depuis la grande corne de l'hyoïde jusqu'à trois centimètres environ au-dessous de l'orifice pharyngien de l'œsophage; cet espace offre six centimètres d'étendue; le volume de la tumeur, à l'état de plénitude, peut être évalué à celui d'un petit œuf de poule. Ses parois sont d'une texture cellulo-fibreuse, blanches, fermes et résistantes. On ne remarque qu'une légère infiltration sanguine dans le tissu cellulaire qui l'unit à l'œsophage; ce n'est que par une dissection faite avec soin que l'on peut l'isoler de la tunique musculieuse du pharynx, dont les fibres semblent en partie confondues avec elle.

Un fait digne de remarque, c'est le refoulement qu'avait éprouvé l'épiglotte; la partie la plus saillante de la tumeur, appuyée sur la partie postérieure des cartilages arythénoïdes et sur le ligament arythéno-épiglottique, s'était placée, sur l'orifice supérieur du larynx, en redressant l'épiglotte contre la base de la langue: ce qui devait rendre encore plus difficile, pendant la vie, l'examen de ces parties, et intercepter plus complètement le passage de l'air.

Maintenant, quelle peut être la nature de cette tumeur ? Il ne paraît point que ce soit un abcès chaud, phlegmoneux : la lenteur de son développement, le peu de symptômes qu'elle a produits jusqu'au dernier moment, l'absence presque complète de toute trace d'inflammation dans les parties environnantes, la nature du kyste d'enveloppe, son organisation si avancée, tous ces caractères doivent nous faire éloigner cette idée. Cependant, ce pus, bien lié, de bonne nature, ne permet pas non plus d'admettre que ce soit un abcès par congestion, un abcès résultant d'une lésion des os ; cette lésion, qui ne pourrait guère avoir son siège que dans les vertèbres cervicales, se serait annoncée par des symptômes caractéristiques et faciles à saisir, que les bornes imposées à ce travail ne me permettent pas de reproduire. D'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, les recherches les plus minutieuses nous ont prouvé que les os étaient parfaitement sains. Reste donc à penser que nous avons à combattre un abcès froid. On objectera peut-être que la nature du pus fourni par l'ouverture de cette tumeur doit nous faire écarter cette idée ; car, en général, dans ces sortes d'abcès, le pus est jaunâtre, séreux, transparent, mêlé de flocons ; mais quelquefois aussi il offre une consistance plus grande, une homogénéité plus parfaite ; ce qui pourrait peut-être s'expliquer, dans ce cas, par la position de la tumeur et la nature du tissu cellulaire au milieu duquel elle s'est développée.

Plusieurs faits analogues se sont déjà présentés dans la science, et, quoique différents du nôtre en ce qu'ils ont rapport à des sujets d'un âge plus avancé, pour rendre notre travail plus complet nous avons dû les rechercher.

En décrivant les diverses espèces d'esquinancie, dans un mémoire sur l'esquinancie inflammatoire, inséré par Recollet dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, il cite quelques cas analogues à celui que nous avons observé, mais non pas identiques.

M. Prioux, de Nantes, communiqua à l'Académie de Médecine, dans sa séance du 2 mars 1830, l'observation d'un abcès derrière le pharynx, survenu à la suite de la rétrocession d'un érysipèle, qui donna lieu à une angine. Il l'ouvrit avec le pharyngotome, et il s'écoula une chopine environ de pus louable. Onze jours après, la guérison était complète. (Voyez *Arch. gén.*, tome 22, page 412.) Dans le rapport fait sur cette observation, la commission dit que la formation d'un abcès derrière le pharynx est une chose rare; que cependant plusieurs de ses membres en ont vu quelques-uns, par suite de carie vertébrale ou de corps étrangers fixés dans la paroi postérieure du pharynx; elle s'étonne que, dans le cas cité par M. Prioux, la vue n'ait pas averti, avant le toucher, de l'existence de l'abcès; elle conseille d'ouvrir ces abcès le plus tôt possible, de peur que, lors de la rupture instantanée, l'écoulement du pus dans la trachée n'amène la suffocation du malade. (Voyez *Arch. gén.*, page 141, tome 24.) On peut observer que, dans ce cas, il n'est nullement question de carie vertébrale, ni de corps étrangers, comme le donnerait à penser le rapport; que la rapidité de la guérison prouve évidemment l'absence de toute lésion des os; et qu'en outre, on conçoit que la vue n'ait rien appris, car chez le sujet dont je vous ai présenté la pièce la vue non plus n'a été d'aucun secours.

On en trouve une autre observation, recueillie à la clinique de Dupuytren, sur un enfant de dix à douze ans; l'abcès fut reconnu, fut ouvert, l'enfant sortit le surlendemain. (Voyez *Lancette française*, tome 5, n° 94, page 374.)

M. Nonat nous a dit en avoir vu ouvrir un autre par Dupuytren sur un adulte de vingt-deux ans; la guérison fut parfaite. Lui-même en a observé un cas sur un sujet avancé en âge; il fusa le long du tissu cellulaire, et s'ouvrit spontanément dans le thorax; la mort en fut le résultat: il n'y avait aucune altération des vertèbres.

M. Blandin a vu une tumeur purulente, située au même endroit, gêner la déglutition jusqu'au moment où elle s'ou-

vril dans le pharynx. Il ne s'explique point sur la nature ni sur l'origine de cette collection. (*Anat. des Régions*, p. 171, deuxième édition.)

Deux ou trois cas de ce genre se sont offerts à l'observation de M. Bally. MM. Nélaton et Prestat en ont rencontré quelques-uns.

En cherchant dans les archives de la science, nous aurions pu sans doute énumérer un plus grand nombre de cas semblables; mais un fait remarquable, c'est que, dans tous ceux que nous avons recueillis, nous n'en trouvons pas un seul sur un sujet aussi jeune que celui qui fait l'objet de ce travail.

Extrait du rapport de M. FORGET, sur l'observation précédente.

1°. L'observation de M. Dariste est une preuve de la préoccupation à laquelle les meilleurs esprits peuvent se laisser aller, dans une foule de circonstances. Vous avez, sans doute, remarqué ce gonflement considérable des parties situées dans l'arrière-gorge, ce refoulement en avant des piliers du voile du palais, de ce voile lui-même et de la luette; on vous a signalé l'absence des signes qui eussent pu faire soupçonner quelque lésion de l'appareil respiratoire; et, malgré cela, personne ne s'est arrêté à l'idée d'une collection purulente; le mot abcès n'a pas été prononcé, et l'auteur avoue que ce n'est qu'à l'autopsie qu'on a reconnu la nature de la maladie.

2°. Au lieu de la trachéotomie, qui s'est présentée à l'esprit de M. Dariste, le rapporteur aurait préféré une ponction exploratrice, avec un trois-quarts très-fin, poussé dans le gonflement considérable de la région pharyngo-palatine, d'autant mieux que cette ponction eût pu être suivie de l'écoulement d'une certaine quantité de pus et de la cessation des accidents.

3°. Une autre considération pratique résulte de l'observation que je viens d'analyser; l'anatomie pathologique a constaté, d'une manière bien précise, le siège de la collection purulente et la direction que le pus a suivie.

Cette observation présente un nouvel exemple de la manière dont se comportent les abcès de la région pharyngo-vertébrale. En effet, le pus qui est sécrété dans cette région tend à fuser entre la colonne vertébrale et le pharynx, et à former une collection qui peut s'étendre, soit en bas, soit sur les côtés, de manière à soulever et à détourner de leur direction les vaisseaux, et à gêner la respiration ou la déglutition.

M. Forget a observé un abcès de ce genre, d'un volume si considérable, qu'il refoulait sur les côtés les artères carotides. On l'ouvrit, de manière à prolonger en bas l'incision, le plus possible : après l'évacuation d'une quantité considérable du pus, comme les accidents de dyspnée ne se calmaient pas, on porta dans le foyer purulent une sonde en gomme élastique, et l'on put constater un décollement du pharynx et de l'œsophage, dans une étendue de trois pouces au-dessous de l'incision. Une injection, poussée près la sonde, acheva d'évacuer la matière purulente. C'est sur ce décollement que la partie anatomique de l'observation m'a engagé à porter mon attention. C'est une circonstance fâcheuse qui peut influencer beaucoup sur la durée de la maladie, comme le prouve une observation publiée par M. Forget dans la *Gazette Médicale de Paris*.

Perforation par ulcération des parois de l'estomac. — Adhèrence des bords au pancréas. — Destruction de l'artère splénique, dans une étendue de quatre lignes. — Hémorrhagie intestinale. — Mort. — Note communiquée par M. CAZEUX.

La nommée Planchon, journalière, âgée de soixante-quatre ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 27 février 1854. Cette

femme, réglée pour la première fois à vingt ans, a cessé de l'être à cinquante. Jusqu'à cette époque, elle s'est toujours bien portée; mais elle eut alors quelques accès de goutte. Depuis, elle éprouve quelques difficultés dans les digestions, qu'elle attribue à la goutte. Des chagrins violents ont plusieurs fois exaspéré ces troubles digestifs, et déterminé des vomissements bilieux assez abondants. Il y a trois mois, elle jouissait d'une assez bonne santé; mais depuis ce temps elle n'a plus d'appétit; elle a du dégoût pour les aliments; elle éprouve, dès qu'elle a mangé, une oppression très-marquée, comme une barre, dit-elle, qui la serre dans la région épigastrique. Elle n'a cependant pas eu de vomissements; mais les selles, qui étaient déjà rares et difficiles, le sont encore bien davantage. Malgré tous les lavements qu'elle a pris, elle a été, dit-elle, cinq semaines sans aller à la garde-robe. La semaine dernière, cependant, elle eut plusieurs selles, composées seulement de quelques crottins. Pendant ces trois derniers mois, elle a beaucoup maigri. Le 26 février elle se trouvait bien, et avait même pu travailler plus qu'à l'ordinaire, lorsque, vers les dix heures du soir, elle éprouva subitement une douleur qui s'étendait depuis le dessous des seins jusque vers l'ombilic. Cette douleur était surtout caractérisée par des picotements vifs. Le matin elle se leva, sortit, et fut prise à sept heures d'un vomissement de sang assez abondant. Elle fut conduite immédiatement à l'hôpital. Nous la trouvâmes alors dans l'état suivant : maigreur générale très-prononcée, pâleur de la face, affaiblissement général. Les lèvres et l'intérieur de la bouche sont tachés de sang. La malade se plaint d'une douleur vive épigastrique, d'une espèce de barre qui existe dans cette région. Les parois abdominales sont tellement tendues qu'il est impossible d'explorer avec fruit l'abdomen. La malade manifeste une vive douleur lorsqu'on percute et qu'on presse même doucement à un pouce au-dessus de l'ombilic. La douleur simple se propage jusqu'au cardia. La main, appliquée en cet endroit, est soulevée par des battements isochrones à ceux du

pouls. Ces battements se font sentir dans l'étendue de deux pouces transversalement, où ils sont plus sensibles à droite qu'à gauche. Il nous est cependant impossible de discerner aucune tumeur en ce point. La percussion rend un son mat dans la portion située au-dessus de l'ombilic. (Riz consommé avec sirop de coing. Sirop avec un demi-gros d'extrait de ratanhia. Sinapismes aux jambes.) La malade est trop affaiblie, le pouls trop misérable pour qu'on puisse songer aux émissions sanguines. La journée est assez bonne; mais le soir, la malade est reprise de vomissements de sang, au moment où elle s'asseyait dans son lit pour prendre un bain de pieds. (Sinapismes renouvelés.) Elle a, en ce moment, vomi à peu près une demi-palette. Le 28, à la visite, nous trouvons la malade dans le même état; elle a encore, pendant la nuit, vomi une demi-palette de sang. Elle a été assez abondamment à la garde-robe; elle a rendu des matières solides, mais fortement colorées par un sang noir. Leur émission a été suivie de celle d'un liquide sanguinolent: il pouvait y en avoir cinq onces. (Boissons froides astringentes, 3 j. ratanhia dans un julep; un demi-lavement, avec 3 j. de ratanhia.) Le soir, la malade est mieux; elle n'a pas vomi de la journée; mais elle a eu deux selles sanguinolentes, accompagnées d'une petite quantité de sang pur. Dans la nuit, une nouvelle selle sanguinolente. Le 1^{er} mars, la malade se trouve assez bien. (Même prescription que la veille.) Le 2, cette femme va assez bien; elle n'a pas vomi, pas même craché de sang depuis la veille. Elle a encore eu deux selles sanguinolentes, mais cependant moins fortement colorées en rouge. Comme la malade rend ses urines dans le même bassin, il est assez difficile d'apprécier la quantité de sang qui s'y trouve. (Même prescription que la veille.) Le 3, au matin, la malade vomit de nouveau une quantité de sang assez considérable; elle est assez calme, mais cependant la respiration paraît plus gênée que dans l'état normal; pendant la journée la gêne de la respiration augmente; la ma-

lade a encore deux selles liquides sanguinolentes; et elle meurt à quatre heures, après deux heures d'agonie.

Autopsie, le 5 mars, 38 heures après la mort.

Aspect cadavérique. Cadavre de cinq pieds. Raideur cadavérique très-marquée. Maigreur générale très-prononcée.

Le cerveau n'a pas été examiné.

Les organes thoraciques ne présentent rien de bien particulier. Les poumons sont pâles, légèrement décolorés; ils sont mous et privés de sang. Les vaisseaux pulmonaires sont également vides. Le cœur est petit. Le ventricule droit contient quelques caillots fibrineux; mais le ventricule gauche n'en contient pas. Sa cavité est presque entièrement effacée; ses parois sont rapprochées, peut-être légèrement hypertrophiées, surtout relativement au volume total de l'organe. Il est évident que c'est le ventricule gauche qui s'est contracté le dernier. L'aorte thoracique contient une faible quantité de sérosité sanguinolente. L'aorte abdominale n'en contient pas du tout.

Rien dans l'œsophage. L'estomac contenait, dans sa cavité, une grande quantité de caillots sanguins et de sérosité sanguinolente. Sa face antérieure n'offre rien de particulier; mais à mesure que nous voulons le détacher, nous le trouvons adhérent par sa face postérieure et inférieure au pancréas. De légères tractions l'en séparent; et, alors, nous pouvons voir, à la partie moyenne de sa face postérieure, plus près de la grande courbure que de la petite, une perforation ayant un pouce et demi dans son diamètre transversal et un pouce de diamètre perpendiculaire. Les bords en sont mous et arrondis, plus épais supérieurement qu'inférieurement: supérieurement et à gauche, ils sont évidemment coupés à pic, et comme par un emporte pièce. Cette circonstance n'existe pas inférieurement et à droite, où il semble que la muqueuse se soit repliée pour contourner les bords de l'ulcération. Cette perforation reposait évidemment sur une portion du pancréas, qui adhérerait à son pourtour, et qui, s'adaptant parfaitement à sa circonférence, la

bouchait complètement et avait prévenu tout épanchement dans le péritoine. Cette portion du pancréas présente une coloration semblable à la couleur de la surface interne de l'estomac. On y remarque, en outre, les orifices de deux vaisseaux béants, et qui nous rendent parfaitement compte des hémorrhagies qu'a éprouvées la malade, pendant les derniers jours de sa vie. Ces orifices sont la terminaison de deux rameaux vasculaires, chacun du volume d'une plume d'oie, dans lesquels nous avons pu enfoncer un stylet, dans l'étendue de deux ou trois pouces, et qui nous ont paru être deux rameaux artériels.

En examinant plus attentivement cette perforation vasculaire, nous avons pu voir que ce n'était autre chose que l'artère splénique qui, contournant le bord supérieur du pancréas, s'était trouvée placée au-dessous de la perforation de l'organe, et qui avait été elle-même ulcérée et coupée, comme par un emporte-pièce, dans l'étendue de quatre lignes. Voilà probablement comment les choses se sont passées : L'inflammation, qui a déterminé la perforation de l'estomac, s'est insensiblement étendue aux parois de l'artère splénique, placée au-dessous. Cette inflammation des parois artérielles a déterminé la coagulation du sang dans l'intérieur du vaisseau, et la formation d'un caillot. Lorsque la perforation de l'estomac s'est effectuée, il y a eu aussi probablement ulcération, usure, destruction des parois de l'artère, d'abord dans un point correspondant, puis ensuite dans toute la circonférence du vaisseau; et ce n'est que lorsque tout le cylindre a été détruit, que le caillot, n'étant plus retenu par aucun point des parois, et poussé par le sang, a été enlevé et que l'hémorrhagie est devenue mortelle. On peut ajouter, pour expliquer comment la malade a vécu quatre jours après le premier vomissement de sang, que ce n'est que peu à peu que le caillot a été ébranlé; que d'abord le sang ne s'est fait jour que peu à peu dans la cavité du viscère, à travers le caillot et ses parois artérielles, non encore entièrement détruites; et que la mort n'est arrivée,

par l'hémorrhagie, que lorsque le caillot a manqué de point d'appui pour résister au flot qui le poussait.

Le reste de la surface interne de l'estomac nous a paru à peu près sain. Les plaques veineuses et rougeâtres qui se remarquaient çà et là, pouvaient, en effet, être le résultat de l'imbibition du sang, qui a long-temps séjourné dans sa cavité, plutôt qu'un produit pathologique. A deux pouces de l'orifice et cardiaque, nous avons remarqué une ulcération cicatrisée, de deux à quatre lignes de largeur; du reste, cet orifice, ainsi que le pylore, était parfaitement sain. Au-dessous de la valvule pylorique se voyait aussi une autre ulcération; à peu près du même diamètre que la précédente, et, comme elle, entièrement cicatrisée.

L'intestin grêle et le gros intestin étaient fortement colorés en noir. Mais j'attribue encore cette coloration au séjour long-temps prolongé du sang dans la cavité intestinale.

Le foie était beaucoup moins volumineux qu'à l'ordinaire; son tissu plus dur, plus pâle. Aucun de ses vaisseaux ne laissait échapper de sang quand on l'incisait profondément. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, lorsque nous avons coupé la veine porte et les vaisseaux sus-hépatiques, il s'est à peine écoulé quelques cuillerées de sérosité sanguinolente.

Les reins et la rate étaient seulement plus pâles que dans l'état normal.

Quelle était la nature de cette perforation? Évidemment, pour tous ceux qui ont examiné la pièce, il n'existait pas d'affection ancienne. J'avais d'abord cru, en examinant la partie supérieure de la circonférence, que là était une dégénération squirrheuse; mais ce n'était qu'une simple induration inflammatoire des tissus. D'ailleurs, la présence de deux autres ulcérations cicatrisées, que nous avons indiquées, prouvait qu'elle avait été produite par une inflammation qui s'était fixée en un point, et avait occasioné l'ulcération et, plus tard, la perforation.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 15 (3^e SÉRIE) — (Novembre 1836),

MÉDICAL

PAR MM. VALLEIX, MARROTTE, CAZALIS, DENONVILLIERS,
NIVET ET DIDAT.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois d'Octobre et de Novembre 1836.*

1. Caillot adhérent dans les cavités droites du cœur. — 2. Perforations du cœcum par suite de rétrécissement du rectum. — 3. Épanchement de bile dans la cavité abdominale. — 4. Rétrécissement du canal de l'urètre. — 5. Pus dans l'utérus d'une vieille femme. — 6. Tumeur crétacée dans la crosse sus-épineuse. — 7. Lipôme dégénéré. — 8. Instrument pour mesurer le ramollissement des tiegus.

1. M. Gueneau de Mussy montre le cœur d'une femme morte de pleurésie, deux jours après son entrée à la Salpêtrière. Dès le premier jour, des symptômes d'asphyxie se déclarèrent, et le pouls devint très-petit; la saignée ne produisit aucun bon effet; les symptômes d'asphyxie augmentèrent, et, quelque temps avant la mort, la circulation artérielle fut interrompue. On n'entendit à la région du cœur rien de particulier, si ce n'est un bruit de claquement mal caractérisé. Les cavités droites du cœur sont remplies par un caillot volumineux, qui est accolé à la partie supérieure de l'oreillette par l'intermédiaire d'une substance blanchâtre, opaque et grenue, que M. Cruveilhier regarde comme du pus concret. Ce caillot pénétrait dans l'artère pulmonaire; les veines n'en offraient aucune trace. L'aorte, depuis son origine jusqu'à sa crosse, était d'un rouge vif, et présentait à sa surface une pseudo-membrane mince, demi-transparente et gélatineuse. Quelques points de la membrane interne étaient ramollis.

2. M. Baron présente plusieurs perforations du cœcum, petites et groupées dans un point limité; elles ont été causées par un rétrécissement de la partie supérieure du rectum, tel qu'on ne pouvait pas y faire passer un

stilet; la portion d'intestin où siègent ces perforations est d'un gris noirâtre, molle, et exhale une odeur gangréneuse très-prononcée. Quinze jours avant la mort, la péritonite, suite de la perforation et de l'épanchement des matières fécales dans le péritoine, se manifesta par des symptômes très-tranchés; aucun signe n'avait révélé auparavant la lésion organique du rectum; l'intestin était énormément distendu par les matières.

3. M. Pigné fait voir un épanchement de bile trouvé chez une femme qui n'avait présenté que des symptômes généraux, sans qu'on pût localiser sa maladie; ces symptômes durèrent pendant huit jours; une constipation, d'abord observée, céda les trois derniers jours. A l'autopsie, on ne trouva d'autre lésion qu'un petit épanchement de bile vers la face postérieure du foie. La quantité du liquide épanché était d'environ un verre; on y a compté quarante-deux calculs, dont les plus gros avaient le volume d'un haricot; les tissus environnants n'étaient pas enflammés; il n'y avait aucune trace de péritonite. La vésicule biliaire était presque entièrement séparée de la fosse cystique, et ne tenait plus au foie que par un bord étroit; dans la partie détachée on voit une perforation de quatre lignes de diamètre, qui a donné issue à la bile.

4. M. Lebert présente plusieurs parties de l'appareil génito-urinaire d'un vieillard qui était sujet, depuis sa jeunesse, à des accès de fièvre intermittente. Pendant la durée de ces accès, qui revenaient une fois tous les mois, l'excrétion des urines devenait difficile; cette difficulté cessait avec eux. En 1830, une tumeur parut aux bourses; elle gênait un peu le malade et ne lui causait aucune douleur. Il y a trois ans la dysurie devint continue. Au mois de février 1836 la tumeur des bourses avait fait des progrès; elle était considérable, et le malade fut forcé d'entrer à l'hôpital. On reconnut une hydrocèle; on fit la ponction; il sortit peu de liquide, et la tumeur ne disparut pas complètement, ce qui fut attribué à l'existence d'une hydrocèle multiloculaire. Trois semaines après, le malade, qui n'avait eu qu'un peu de rougeur et de gonflement du testicule, sortit de l'hôpital; mais il y entra bientôt avec une rétention complète d'urine, pour laquelle il fut sondé pour la première fois. On retira un grand bassin de liquide. Le troisième jour on plaça une sonde à demeure, qui fut enlevée deux ou trois fois; elle resta une fois cinq jours sans être retirée; tantôt on la remplaçait avec facilité, tantôt on n'arrivait à la vessie qu'après avoir été arrêté plusieurs fois dans le canal; la dernière fois que la sonde fut introduite on retira environ deux litres d'urine. A l'autopsie on a trouvé une hydrocèle biloculaire. La poche la plus grande appartient au cordon; sa surface interne est rouge et couverte par quelques grumeaux de sang qu'il est facile d'enlever avec le scalpel; la sérosité qu'elle contenait était sanguinolente; la poche inférieure renfermait de la sérosité citrine; on voit sur le testicule une petite cicatrice d'où part un filament celluleux qui fait adhérer cet organe à la tunique vaginale, et qui correspond à la plaie du scrotum; les reins ont un volume considérable; la substance tubuleuse et mamelonnée est hypertrophiée, d'un rouge très-foncé, presque noir; des stries blanchâtres la sillonn-

ment dans la direction des tubes. L'intérieur des calices, des bassinets des uretères, et le trigone vésical, sont couverts de granulations très-rapprochées, dont les plus grosses sont comme des pois de médiocre volume. La muqueuse les recouvre toutes; elles contiennent un liquide jaunâtre, et l'on trouve au centre des plus grosses un petit grumeau qui a l'aspect et la consistance des parties les plus externes du cristallin. La capacité de la vessie est considérablement diminuée, elle pourrait à peine contenir un gros œuf de poule; ses parois sont épaissies de trois lignes environ; la muqueuse a une teinte rosée; on voit au-dessous d'elle des colonnes charnues, légèrement saillantes, entre lesquelles existent des lacunes d'une ligne de profondeur. On a trouvé le bec de la sonde engagé dans un cul-de-sac étroit et profond, et faisant saillie en dehors des parois de la vessie d'environ deux lignes; l'entrée de ce cul-de-sac ne présente point d'érosion de la muqueuse; on en fait sortir un liquide jaunâtre, semblable à du pus. La dissection a montré que, dans le fond de cette petite cavité, la muqueuse était détruite, et que le bec de la sonde n'était recouvert que par le péritoine et une lame mince de tissu cellulaire. M. Lebert, recherchant les causes de cette lésion, est porté à croire que la sonde ayant été placée à demeure dans la vessie distendue, celle-ci revenant sur elle-même l'aura coiffée, et que la pression aura causé la destruction de la muqueuse sur l'extrémité de l'instrument. La prostate contenait un foyer purulent. Il existe sur la paroi antérieure du canal de l'urètre cinq excoriations superficielles, n'intéressant que la muqueuse; elles ont toutes cinq ou six lignes de long; la plus antérieure est à environ deux pouces du méat urinaire; le tissu spongieux sous-jacent est plus ou moins noir; en quelques endroits il est infiltré de pus. En arrière de quelques-unes de ces excoriations, et notamment d'une d'entre elles située à trois pouces et demi du méat urinaire, on trouve des culs-de-sac de six lignes de profondeur pouvant admettre l'extrémité de la sonde, ce qui explique la difficulté qu'on a quelquefois éprouvée à pénétrer jusqu'à la vessie. Le même sujet portait un ancien ulcère variqueux à la jambe droite. On a trouvé les ganglions inguinaux engorgés et comprimant la veine crurale; ce vaisseau avait à son intérieur une couleur rouge, uniforme, et présentait quelques taches noires. La veine saphène était oblitérée dans presque toute son étendue par un caillot fibrineux, dans un point duquel existait un petit foyer purulent. M. Mercier pense que le petit cul-de-sac dans lequel on a trouvé le bec de la sonde a été simplement produit par l'action brusque de l'instrument, qui, engagé dans une des alvéoles qu'on trouve à la surface de la vessie, et qui sont plus profondes qu'on ne le croirait d'abord, a repoussé la membrane muqueuse, et l'a détruite dans un point. Ce membre se fonde surtout sur ce qu'il n'existe pas d'inflammation.

5. M. Gueneau de Mussy fait voir l'utérus d'une vieille femme qui a succombé à des symptômes de lésion cérébrale; cet organe est développé, son col est oblitéré, sa cavité est pleine de pus de bonne nature et sans odeur. M. Gueneau de Mussy a rencontré plusieurs fois de semblables

oblitérations du col de la matrice; mais dans ces cas l'organe contenait du sang pur.

6. *M. Mercier* présente une tumeur crétacée, trouvée sur la fosse sus-épineuse, chez une femme de quarante-six ans, qui la portait depuis six ans. Dans les derniers temps, les environs de la tumeur s'étant enflammés, et la peau qui la couvrait s'étant ulcérée, on en fit l'ablation. Elle avait seize ou dix-huit lignes de long sur huit ou dix de large, et elle était formée par un kyste semblable à une membrane séreuse renfermant une matière crétacée.

7. *M. Laboris* fait voir une tumeur d'aspect cancéreux, extirpée de la région lombaire, et qui était située sur la ligne médiane; elle existait depuis quatre ans, et était ulcérée depuis un an. Elle paraissait pénétrer profondément, mais elle avait été limitée par l'aponévrose lombaire qui ne lui avait pas permis de s'étendre au-delà. *M. Cruveilhier*, trouvant dans la tumeur plusieurs portions de matière graisseuse pure, pense qu'elle n'est autre chose qu'un lipôme dont la surface a dégénéré.

8. *M. Béniqué* présente à la Société un instrument destiné à mesurer le ramollissement des divers éléments ou produits de notre organisation.

Sans prétendre examiner jusqu'à quel point il est utile de mesurer cette propriété physique, il croit devoir faire remarquer que cet instrument donnerait des résultats fort aisément comparables, puisque de la diffuence jusqu'à l'induration squirrheuse, il permettrait d'établir une échelle de huit cents degrés. Cet instrument a été construit dans le but d'examiner cette question : le caillot formé par le sang, après la saignée, est-il constamment ramolli ou induré dans certaines maladies? Les médicaments acides et alcalins exerceraient-ils de l'influence sur la dureté ou le ramollissement de ce caillot?

Une lame d'ivoire, épaisse d'un millimètre, sert à former un cercle de vingt millimètres de diamètre, au centre duquel est une ouverture circulaire de cinq millimètres de diamètre. — Un petit cylindre en ivoire, de cinq millimètres de diamètre, est disposé de telle sorte qu'il s'engage aisément dans l'ouverture pratiquée au centre de la plaque, et se trouve arrêté par un collet circulaire au moment où il a dépassé sa face inférieure de dix millimètres. Au centre du cylindre s'élève une petite tige métallique, longue de quatorze centimètres; vers sa partie moyenne, elle porte des dents au moyen desquelles elle engrène avec une petite roue supportée par une traverse que quatre petits montants unissent à la plaque d'ivoire. — Les dents de la roue et celles de la tige du cylindre sont calculées de manière à ce que, pendant que celle-ci monte ou descend de dix millimètres, la roue fasse un tour entier. Une aiguille est fixée perpendiculairement à son axe; elle marche sur un cercle divisé en cent parties égales. Ainsi, pendant que le cylindre monte ou descend de dix millimètres, l'aiguille parcourt les cent divisions du cercle. Un petit ressort à boudin est accroché d'une part au sommet de la tige, de l'autre à la traverse qui supporte la roue. L'élasticité du ressort tend à pousser le cylindre au-delà

de la plaque, jusqu'à ce que son collet soit en contact avec elle : dans ce cas, l'aiguille correspond au zéro de la division du cadran.

Supposons un corps mou, homogène, terminé par une surface plane. Appliquons l'instrument sur lui jusqu'à ce que le bord de la plaque soit en contact avec sa surface. Le cylindre poussé par le ressort se sera enfoncé dans le corps d'une quantité d'autant plus grande que celui-ci sera plus mou. L'aiguille exprime avec précision, par le nombre de degrés qu'elle a parcourus, la profondeur de la dépression.

Le cylindre avec sa tige pèse un demi-gros ; le ressort est long de six centimètres. Si l'on renverse l'instrument, la tige tend à descendre en vertu de son poids ; le ressort n'est tendu que de la quantité nécessaire pour faire équilibre à ce poids, et maintenir, dans cette position renversée, le collet du cylindre en contact avec la face supérieure de la plaque. Si, en poussant l'extrémité inférieure du cylindre, on la met en contact avec la face inférieure de la plaque, on allonge le ressort de dix millimètres ; son élasticité tend alors à faire descendre le cylindre avec une force à laquelle ferait équilibre un poids de quatre onces. Tous les corps sur lesquels il suffira, pour y enfoncer le cylindre, qu'il soit poussé par une force comprise entre un demi-gros et quatre onces, trouveront place dans cette première division du cercle.

Otons le premier ressort et remplaçons-le par un autre plus fort qui tend à maintenir le collet contre la plaque avec une force équivalente à quatre onces. Lorsque le cylindre sera de niveau avec la face inférieure de la plaque, ce nouveau ressort allongé de dix millimètres tend à revenir sur lui-même avec une force qui équivaudrait à un poids de huit onces. Un second anneau placé un peu plus haut sur le même ressort, déploie une force qui varie depuis huit onces jusqu'à douze onces. Enfin un troisième anneau supérieur raccourcit encore le ressort, et lui donne une énergie croissant depuis douze onces jusqu'à seize onces. Ainsi les corps dans lesquels on pourra enfoncer un petit cylindre de cinq millimètres de diamètre, en le poussant avec une force comprise entre un demi-gros et seize onces, tous ces corps seront classés par quatre cents degrés. Chaque degré peut aisément être divisé en deux.

Afin d'apprécier la diffuence de certains corps qui n'offriraient pas assez de résistance pour empêcher le cylindre de s'y enfoncer jusqu'au collet, même sous une pression d'un demi gros, on pourrait élargir la base du petit cylindre en y fixant une plaque circulaire de quinze millimètres de diamètre. Ceci donnerait lieu à une nouvelle série de degrés qu'il faudrait marquer du signe — pour indiquer qu'ils ne font pas suite immédiatement à ceux de la première division.

Je dois convenir que cet instrument présente deux inconvénients fort graves.

1°. On est forcé de supposer homogène toute la portion du corps dans laquelle doit s'enfoncer le cylindre, c'est-à-dire l'épaisseur de dix millimètres. Si l'on n'avait que cinq millimètres d'épaisseur, il faudrait se

laisser enfoncer le cylindre que de cinq millimètres, en plaçant une petite tige transversale dans le milieu de sa longueur; mais alors il faudrait changer de ressort de cinquante en cinquante degrés, ce qui serait assez pénible. 2°. Lorsque le corps est dépourvu d'élasticité, comme le beurre, le mastic, etc., peu importe la force avec laquelle on presse l'instrument sur lui. Il n'en résulte pas de variation dans le degré que marque l'aiguille; mais dans l'examen des corps élastiques, il faut arrêter la pression à l'instant où la plaque d'ivoire est en contact avec eux. Plus on appuie, plus on augmente la force en vertu de laquelle les parties opposées au petit cylindre tendent à revenir à la position dont elles ont été écartées. Appliqué aux corps de cette classe, qui est nombreuse, l'instrument a donc le tort de donner la résultante de deux propriétés, l'élasticité et la *dépressibilité*. Si l'on voulait une appréciation exacte de cette dernière, il faudrait faire la correction de la première; on y parviendrait aisément en détachant brusquement le petit ressort qui presse sur le cylindre, et en examinant de combien de degrés l'aiguille remonte au moment où l'on supprime cette force. Dans cet essai, la plaque doit être tenue parfaitement immobile. Sur du mastic, la suppression du ressort ne fait nullement varier l'aiguille. Cet instrument peut donc, au moyen de cette correction, servir à mesurer l'élasticité.

*Observation d'anévrysme partiel du cœur (ventricule gauche),
recueillie par M. BORDET, élève des hôpitaux.*

Le nommé Pâris, admis à Bicêtre à l'âge de cinquante-six ans, fut apporté à l'infirmerie le 29 octobre 1835, dix ans environ après son entrée dans cet hospice.

Adonné aux boissons alcooliques, gros, court et très-irascible, cet homme avait les yeux brillants et les lèvres bleuâtres; sa face était altérée, bouffie et légèrement œdémateuse; l'infiltration des jambes était portée à son maximum. Il était sujet aux éblouissements; je n'ai pas su qu'il le fût aux épistaxis. Lorsque je le vis pour la première fois, il était tourmenté par une dyspnée des plus intenses. Sa voix était saccadée, sa respiration fréquente; il s'arrêtait souvent

en parlant, pour faire de profondes inspirations. Son sommeil, ordinairement pénible, était souvent interrompu brusquement, tantôt pendant un rêve, tantôt sans cause appréciable : il y avait alors grande gêne de la respiration. Il était d'ailleurs contraint à se tenir toujours couché sur le côté droit, à cause d'une déformation de la hanche qui avait été vue par Desault et Bichat : circonstance qui n'a pas dû être sans influence sur la situation exagérée du cœur, à droite, et peut-être aussi sur l'état du sac anévrysmal.

La région épigastrique avait été pendant long-temps le siège d'une douleur vive, continue, qui, depuis plusieurs mois, avait perdu beaucoup de son intensité. Le malade n'accusa rien de particulier à la région précordiale : cette région, percutée avec soin, offrit à droite une matité très-prononcée, qui s'étendait de ce côté au-delà du sternum. Les bruits du cœur étaient profonds, tumultueux, fort-irréguliers, et séparés par des intermittences d'inégale durée, auxquelles succédaient tout à coup plusieurs battements brusques, irréguliers, peu développés. Le poulx était large, mou, irrégulier, comme les battements du cœur, qui soulevaient fortement l'oreille à chaque impulsion. Il n'y avait rien, ni dans les bruits du cœur, ni dans les pulsations artérielles, qui annonçât un frottement quelconque.

L'excèsive impatience de ce malade et la crainte de provoquer des accès de suffocation, qu'il avait déjà éprouvés plusieurs fois et qu'il redoutait beaucoup, m'ont empêché de rien noter sur la respiration. Du côté de la digestion, tout m'a paru normal; l'intelligence était parfaitement saine.

Le 30 on prescrivit une saignée qu'il ne voulut pas se laisser pratiquer. Le lendemain, même prescription; mais à peine avait-on quitté le malade qu'il fut pris d'un accès d'asthme très-violent et se précipita convulsivement hors de son lit. Sa face devint brune, sa bouche écumante, les extrémités violettes; la tête se renversa fortement en ar-

rière. Enfin, à peine s'était-il écoulé trois ou quatre minutes, que déjà ce malade avait succombé : quelques légers reproches qu'on lui avait faits à la visite avaient-ils suffi pour déterminer tous ces accidents ?

Autopsie, 26 heures après la mort.—Face, extrémités et moitié postérieure du tronc, d'un violet noirâtre.

Tête.—L'incision faite aux téguments du crâne et aux sinus de la dure-mère donna issue à une énorme quantité de sang liquide. Pie-mère fortement injectée, d'un aspect brun foncé; cerveau d'une consistance à peu près normale, offrant un pointillé noirâtre. Les ventricules ne contenaient qu'une petite quantité de sérosité.

Poitrine—La cavité du péricarde ne contenait aucune production morbide; ses parois étaient lisses et lubrifiées par une petite quantité de sérosité. Vers la pointe du cœur, le feuillet viscéral, manifestement épaissi, fibreux, présentait une tache blanchâtre, autour de laquelle il prenait une teinte opaline qui diminuait insensiblement : partout ailleurs il avait conservé sa transparence et paraissait parfaitement sain.

Le cœur était situé beaucoup plus à droite qu'à l'ordinaire, et dépassait de beaucoup la ligne médiane, comme l'avait indiqué la percussion : son tissu était ferme et considérablement hypertrophié; il remplissait presque exactement la cavité du péricarde, mais sans adhérer avec lui dans aucun point. On n'apercevait à sa surface aucune saillie, et, sauf sa plus grande étendue, il paraissait à l'état normal. Un tissu adipeux, abondant, remplissait les sillons longitudinaux et circulaires, et se répandait sur les faces antérieure et postérieure. Enfin vers la pointe, à l'endroit où le péricarde devenu fibreux offrait une plaque blanchâtre, la paroi moins ferme, moins résistante que partout ailleurs, se laissait facilement refouler en dedans.

Ayant ouvert les cavités du cœur, je trouvai que le ventricule gauche surtout était assez fortement dilaté, que ses parois hypertrophiées allaient toujours en diminuant d'é-

paisseur, jusque vers le sommet de la cavité, où l'aminçissement était tel que là elles m'ont semblé n'être formées que par le feuillet viscéral du péricarde épaissi et par une couche très-mince de tissu fibreux. En cet endroit, elles sont transparentes et beaucoup plus amincies qu'en aucun autre point même de la cloison interventriculaire. Partout ailleurs, elles sont dures, résistantes, fibreuses, comme lardacées. Les colonnes charnues sont décolorées et converties en une sorte de tissu fibreux, induré, blanchâtre, résistant. Le tissu musculaire du ventricule droit commençait à subir cette dégénérescence fibreuse; quant à la cloison interventriculaire, elle a semblé être seulement formée par la membrane interne des deux ventricules, et une couche fort tenue de tissu lardacé. Elle est fortement déjetée du côté du ventricule droit.

La cavité ventriculaire, naturelle dans ses trois quarts supérieurs, offre, vers son sommet, une dilatation considérable qui s'étend surtout du côté de la cloison interventriculaire, où elle forme un sac anévrysmal large et profond, dont la forme est irrégulièrement ovalaire, le grand diamètre transversal, ou plutôt oblique, à droite et en haut. Dans ce sens, cette cavité a à peu près deux pouces et demi d'étendue sur un pouce et demi de hauteur. Dans sa moitié droite, elle présente en avant et en arrière des vestiges de colonnes charnues plus ou moins atrophiées; vers la cloison, elle est presque plane, rugueuse, inégale. Vers le sommet du ventricule, existent deux petites fosses oblongues transversalement, parfaitement indépendantes l'une de l'autre, et séparées par un cordon fibreux d'une ligne d'épaisseur sur cinq ou six de longueur. L'inférieure répond à la plaque blanchâtre dont j'ai parlé en décrivant la face externe du viscère: c'est la plus grande et la plus profonde des deux. Elles contenaient des débris membraniformes rougeâtres. Leur fond est dépoli, mat, entièrement dépourvu d'endocarde.

Cette cavité anévrysmale était remplie par un seul caillot noirâtre, de la grosseur d'un œuf de pigeon; son peu de consistance me fit croire qu'il ne devait pas exister depuis long-temps; ce caillot adhérait à la pointe du ventricule, mais avec plus de ténacité que les caillots fibrineux qui s'y trouvent quelquefois après la mort; son adhérence était marquée par une ligne noirâtre, sinueuse, vorticale.

Dans les quatre cavités du cœur, la membrane interne offre une teinte blanchâtre, opaline, mais beaucoup plus marquée à gauche qu'à droite, et surtout dans l'oreillette gauche, où elle est d'un blanc laiteux et sensiblement épaissie. Dans l'oreillette droite, elle n'est que légèrement opaline et parfaitement transparente; dans le ventricule du même côté, l'opacité est plus marquée et plus générale; vers la cloison, elle est fibreuse et beaucoup plus opaque qu'en aucun autre point. Là aussi se trouve une tumeur large, correspondant à la cavité anévrysmale du ventricule gauche, laquelle fait saillie dans le ventricule droit et en diminue considérablement la capacité. Du reste, ce ventricule ne présentait rien de particulier; le sang qu'il contenait était liquide.

Mais c'est surtout dans le ventricule gauche que les lésions de la membrane interne sont remarquables : dans toute la partie de la cavité anévrysmale qui répond à la cloison, elle a acquis une épaisseur et une densité très-grandes; elle y est très-opaque, fibreuse, d'un aspect cartilagineux. D'ailleurs là, l'endocarde, exempt d'érosions, se continue parfaitement avec le reste de cette membrane. Beaucoup moins épaisse et moins opaque dans sa moitié gauche, elle présente, vers les deux petites fosses dont j'ai déjà parlé, une ulcération de quinze lignes de hauteur environ, sur six de largeur; les bords en sont frangés et décollés des parties auxquelles ils adhéraient. Autour de cette ulcération, la membrane avait une teinte rouge très-marquée qui n'a disparu que lorsque je remplaçai par l'alcool l'essence

de térébenthine dans laquelle j'avais d'abord conservé la pièce.

Quant à l'aorte, je n'ai trouvé ni épaissement apparent de ses parois, ni augmentation de son calibre; à sa face interne, il n'y avait ni concrétions ni taches d'aucune nature. Les valvules auriculo-ventriculaires, aortiques et pulmonaires m'ont paru parfaitement intactes; mais une chose fort remarquable, c'est que les artères coronaires sont ossifiées dans presque toute leur étendue, excepté vers leur naissance de l'aorte.

La cavité du péritoine, celle des plèvres, ne contenaient qu'une petite quantité de sérosité.

Le poumon gauche, très-volumineux, ne s'affaissa point à l'ouverture de la cavité thoracique, et diminua peu par la section. Le poumon droit, d'un petit volume, offrit à la section un tissu sec, qui ne laissa écouler aucun liquide; les gros troncs seuls ont donné du sang. Il n'y avait ni œdème ni emphysème apparents.

Fracture du col du fémur; gangrène des téguments qui recouvrent le sacrum, de la lèvre supérieure et du gros intestin. Cataracte interstitielle de l'œil droit. — Observation recueillie par M. NIVET, interne des hôpitaux.

La nommée Simonet, âgée de soixante-onze ans, reçue à la Salpêtrière le 30 novembre 1835, est entrée à l'infirmerie le 1^{er} avril 1836. Cette femme nous a donné les renseignements suivants: Il y a environ douze ans, elle a remarqué qu'elle voyait moins bien de l'œil droit; depuis cette époque, la cécité a augmenté de plus en plus; maintenant elle est presque complète. A peine cette malade aperçoit-elle l'ombre de la main, lorsqu'on la passe devant son œil.

La pupille présente une couleur d'un blanc mat et un aspect légèrement nacré. L'iris est mobile; l'ombre portée par lui est à peine marquée, ce qui est un signe de cataracte volumineuse et molle; la capsule cristalline est lisse et polie. D'après ces caractères on diagnostique une opacité de l'humeur de Morgagni.

Le 1^{er} avril, cette femme tomba sur le bord du trottoir du Jardin des Plantes, et à la suite de cette chute elle ne put pas se relever. Transportée à l'infirmerie de la Salpêtrière, elle nous dit qu'elle était tombée sur la hanche. Elle se plaint d'une douleur vive dans cette région; la partie supérieure de la cuisse est élargie; le membre pelvien est raccourci de 5 à 6 lignes; le pied est tourné dans la rotation en dehors. Aucun appareil ne fut appliqué; l'on entoura l'articulation malade de compresses trempées dans un liquide astringent. Pendant les premiers jours, cette malade eut du dévoiement; mais cet accident se dissipa promptement. Vers le 16 mai, la diarrhée reparut, et l'on observa alors les symptômes suivants : coliques sourdes, ombilic douloureux à la pression, besoin d'aller à la garde-robe aussitôt qu'elle a bu ou mangé, bouche sèche, soif assez vive, peau sèche, pouls irrégulier et fréquent. Cet état persista jusqu'au 26; à cette époque, le ventre devint plus douloureux, les selles plus nombreuses et plus liquides; la malade les laissait échapper sous elles; la peau du sacrum s'excoria dans une petite étendue. Le 29, la diarrhée augmenta, des nausées se sont jointes aux symptômes qui existaient déjà; la langue est sèche, brunâtre, fendillée. Le 30, on remarque sur la lèvre supérieure, surtout à droite, une rougeur légère, avec gonflement œdémateux de la peau et des parties sous-jacentes; au centre de cette plaque rouge, on trouve une tache grisâtre, de 9 lignes de diamètre environ; les parties malades sont douloureuses au toucher; mais il n'y a pas de souffrance dans les parties qui correspondent au trajet de l'artère maxillaire externe. La

sécheresse et la couleur brunâtre de la langue, les nausées, la diarrhée et la fièvre persistent; le pouls est petit, intermittent.

La mort arrive à 7 heures et demie du soir, le 30 avril.

Autopsie faite 36 heures après la mort. — La région sacrée est couverte d'une large escarre gangréneuse; sur la lèvre supérieure, on trouve deux petites taches noires qui ne s'étendent pas au-delà de la peau; mais les tissus qui forment la lèvre supérieure sont infiltrés de sérosité brunâtre; ils présentent une couleur violacée. Les artères carotides, maxillaire externe, ne sont point ossifiées, et ne paraissent point altérées.

Les poumons sont sains. On trouve dans l'aorte pectorale un caillot fibrineux qui se prolonge dans le ventricule correspondant: près des valvules sigmoïdes, ce caillot offre une couleur grisâtre.

La muqueuse du rectum et de la partie inférieure du colon est noirâtre, épaissie, ramollie, et détruite dans plusieurs points. Elle nous a présenté tous les caractères des tissus gangrénés.

En voulant opérer la cataracte par abaissement, nous avons piqué la capsule cristalline, et aussitôt un liquide blanchâtre s'est épanché dans la chambre antérieure. Après avoir ouvert l'œil, nous avons constaté que la capsule cristalline était distendue par le liquide de Morgagni, transformé en un fluide laiteux, opaque, au milieu duquel était suspendu le cristallin, également opaque et jaunâtre.

Le membre pelvien droit est plus court que le gauche de 9 lignes. Les muscles de la hanche n'offrent aucune altération notable; la capsule articulaire est intacte, mais un peu épaissie à sa partie externe et supérieure. L'on trouve dans la cavité de la synoviale une petite quantité de liquide filant, visqueux et rougeâtre, et quelques lambeaux de pseudo-membranes qui commencent à s'organiser, et qui sont sans doute les rudiments de ces liens cellulaires qu'on

rencontre si souvent autour des anciennes fractures du col du fémur. Le col du fémur, au lieu d'être oblique en bas et en dehors, se dirige transversalement en dehors et en avant; de manière qu'on doit supposer que, les deux fragments restant accolés, le corps du fémur a été entraîné en dehors et en arrière par les muscles rotateurs de la cuisse, tandis que les extrémités fracturées ont été portées en avant. En outre de ce changement dans le rapport naturel des parties, la totalité du fragment supérieur est portée en avant, de sorte qu'il ne touche la surface fracturée du fragment supérieur que par la moitié de son épaisseur; mais dans cet endroit, il y a engrenement et réunion par une substance fibro-cartilagineuse, molle et rougeâtre. Le périoste est conservé, et est décollé dans une assez grande étendue, en plusieurs endroits.

Fistules. — Infiltrations et abcès urinaires. Observation recueillie par M. BARNON, interne à l'Hôtel-Dieu.

Au n° 43 de la salle Sainte-Marthe, fut couché, le 15 octobre 1835, le nommé Dermer, Polonais, autrefois militaire. Cet homme, adonné à l'usage immodéré du vin, avait eu cinq blennorrhagies, qui furent traitées par M. Cullerier, qui fit prendre du mercure et n'ordonna jamais d'injection d'aucune espèce dans le canal.

Lorsque ce malade entra à l'hôpital, il y avait deux ans qu'il s'apercevait de modification dans l'excrétion des urines. Le jet était fin, tournoyant, bifurqué; quelquefois l'écoulement de l'urine se faisait goutte à goutte; quelquefois le malade urinait sans s'en apercevoir; c'est surtout la nuit pendant son sommeil. Ces symptômes, d'abord peu apparents, le de-

vinrent ensuite de plus en plus; jamais, cependant, le malade n'avait été pris encore de complète rétention d'urine; jamais, assure-t-il, il n'avait consulté de médecin, et jamais il n'avait été sondé. Il n'éprouvait aucune gêne dans l'émission du sperme.

Huit jours avant d'entrer à l'hôpital, à la suite d'un violent chagrin, Dermer fut pris subitement de rétention complète d'urine: il resta au lit et se mit des cataplasmes de graine de lin sur l'hypogastre. Au bout de trois jours, gonflement à la verge, au périnée, au scrotum, aux aines, à l'hypogastre, douleur surtout à la pression, et chaleur vive à ces parties; rougeur au scrotum et à l'hypogastre. Ainsi se passèrent huit jours, pendant lesquels les efforts les plus violents et les plus répétés produisaient seulement l'écoulement de quelques gouttes d'urine; dans l'intervalle de ces efforts, l'urine s'écoulait par regorgement. Si quelquefois la fatigue produisait un léger assoupissement, il était bientôt interrompu par les envies douloureuses d'uriner. Dermer ne consulta personne, et vint à l'hôpital.

A son entrée, il était dans l'état suivant: pouls dur, fréquent, 92 pulsations; respiration un peu courte, un peu accélérée; bouche mauvaise, langue blanchâtre, soif vive, constipation, céphalalgie frontale, chaleur générale exagérée; une tumeur limitée, circonscrite, peu saillante, occupait l'hypogastre, remontant jusqu'à l'ombilic. Par la pression, on sentait plus distinctement les limites de cette tumeur, qui était globuleuse, arrondie, et s'enfonçait profondément dans le petit bassin; tout le ventre était sonore à la percussion, excepté sur la tumeur globuleuse qui donnait un son mat. L'hypogastre, les aines, le scrotum, étaient durs au toucher; le doigt s'y enfonçait difficilement, et son impression y persistait. Cette partie était d'un rouge clair, disparaissant sous la pression, et remplacé alors par une teinte jaunâtre; la pression était douloureuse. La verge était tuméfiée, le prépuce infiltré, sans changement de couleur à

la peau. Le périnée était occupé par une tumeur oblongue d'avant en arrière, plus saillante au milieu que sur les côtés; la couleur de la peau n'y était pas changée, mais la pression y était douloureuse; de temps en temps s'écoulaient, par le méat urinaire, quelques gouttes d'urine rougeâtre, mais nullement trouble. A ces signes, on reconnut une rétention d'urine avec distension de la vessie et infiltration urinaire produite sans doute par une rupture en quelque point de l'urètre. J'essayai d'introduire dans la vessie une bougie, puis une sonde en gomme élastique, mais je ne pus y parvenir; le bec de la sonde était arrêté un peu au-delà de deux pouces du méat urinaire. Avant cet obstacle, le bec de la sonde semblait s'engager dans une perforation située à la paroi inférieure, et, par-là, dans une cavité accidentelle qui contenait un peu d'urine, laquelle s'écoulait par la sonde. Le malade fut mis au bain, où il y resta une heure; on couvrit les parties génitales et l'hypogastre de cataplasmes émollients.

Dans la nuit, le malade ne dormit pas. Le lendemain, M. Robert, chargé par intérim du service de M. Roux, essaya inutilement de faire pénétrer une sonde dans la vessie; mais une bougie conique fine pénétra sans difficulté. On la fixa. Quelques gouttes d'urine se présentèrent aussitôt au méat urinaire, entre les parois du canal et la bougie. Plusieurs incisions pénétrant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et longues de deux à deux pouces et demi, furent faites, deux à l'hypogastre, trois au scrotum, l'une au niveau de la cloison, les deux autres sur les parties latérales; enfin, une dernière incision, longue de deux pouces et profonde d'un, fut faite d'avant en arrière sur la ligne médiane du périnée; aussitôt l'urine jaillit par cette ouverture, poussant au-devant d'elle un peu de pus grisâtre et de sang. Toutes ces incisions laissaient voir un fond blanchâtre et lisse. On recouvrit de cataplasme, et on prescrivit un bain prolongé et la diète. Dans la journée, l'urine passa en assez grande

quantité, soit par le méat urinaire, soit par la plaie faite au périnée. La vessie revint peu à peu sur elle-même, et les accidents produits par la distension de cet organe disparurent, ainsi que le gonflement et la rougeur des bourses. Le malade dormit un peu.

Au bout de deux jours, M. Robert essaya inutilement de remplacer la bougie par une sonde. Une bougie conique un peu plus grosse fut de nouveau introduite, et fixée à demeure. Le soir, il y eut un frisson suivi de sueur. Le jour suivant, M. Roux, trouvant que la bougie n'était nullement serrée dans le canal, voulut la remplacer par une sonde n° 5 et une n° 4, mais il ne put y parvenir, pas plus qu'à introduire une bougie conique un peu plus grosse que celle qui y était. Il remit la même, qui, même, ne pénétra pas sans quelques difficultés. Le 22, les urines continuaient à passer en partie par le méat urinaire, en partie par la plaie du périnée; l'induration de l'hypogastre persistait, il y avait un peu d'infiltration au prépuce. Nouvelle tentative de M. Roux, pour remplacer la bougie par une sonde n° 4; il ne put la faire pénétrer, et mit une bougie conique qui passa sans difficulté. Quelque cuisson se faisait sentir dans le canal; un bain fut prescrit. Le soir, il y eut encore un frisson. Le 25, la langue étant humide, les selles régulières, on accorda au malade quelques aliments et du vin, qu'il demandait depuis plusieurs jours. Dans la nuit, il y eut un peu de diarrhée. Le 26, le ventre était un peu tendu. La bougie fut remplacée par une sonde n° 5, qui passa sans trop de difficulté; on la fixa à demeure. On donna deux tiers de lavement avec de l'amidon et du laudanum, pour arrêter la diarrhée. Le soir, comme je pressais sur l'hypogastre, il se fit une petite ouverture en bas de la cicatrice de la plaie, du côté gauche, et il en sortit un jet de pus homogène, crémeux, jaune. Un stylet étant introduit par ce pertuis, je m'assurai qu'un vaste foyer existait à l'hypogastre, entre la peau et les muscles. J'agrandis un peu la plaie,

afin d'empêcher la stagnation du pus. L'hypogastre fut couvert d'un large cataplasme. Le 27, une assez grande quantité de pus continuait à sortir par la plaie de l'hypogastre; les plaies du scrotum étaient cicatrisées; celle du périnée se rétrécissait. Le malade ne sentait pas encore les envies d'uriner, et l'on était obligé de presser sur l'hypogastre pour faciliter l'écoulement de l'urine. Le 29, le pus fourni par la plaie de l'hypogastre était séreux, roussâtre et un peu fétide. Le 30, l'état général était meilleur: très-peu d'urine passait par la plaie du périnée, qui était fort rétrécie; les envies d'uriner se faisaient sentir, quoique faiblement. Le pus fourni par la plaie de l'hypogastre était de meilleure nature. Les selles étaient régulières, mais la région sacrée présentait un peu de rougeur. Le 31, deux petites excoriations se firent à la peau qui recouvre le sacrum. La sonde fut remplacée par une autre, du n° 7, qui pénétra très-facilement. Les jours suivants, les excoriations de la région sacrée étaient sèches, l'appétit assez grand, les selles régulières. L'état du malade paraissait s'améliorer, lorsque le 6 novembre, dans la nuit, il survint de nouveau de la diarrhée; cette diarrhée se continua les jours suivants, et les selles devinrent tout-à-fait séreuses, au nombre de quinze ou seize par jour. Le malade s'affaiblit de plus en plus, et mourut le 19 novembre.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Appareil génito-urinaire. Si, partant de l'ouverture artificielle qui existe au côté gauche de l'hypogastre, on suit le trajet du foyer purulent qui, par cette ouverture, communique à l'intérieur, on voit que ce foyer, contenant encore un peu de pus d'un gris noirâtre, et situé entre la peau et le fascia superficialis, remonte au-dessus de l'ouverture, à la hauteur de trois pouces, s'étend vers la droite, où il est traversé par quelques brides cellulo-fibreuses, et, passant de l'autre côté de la ligne médiane, remonte du côté droit aussi haut que du côté gauche. A gauche, il descend dans le sillon fémoro-scrotal,

et, pénétrant à la partie supérieure des bourses, sous l'urètre qu'il contourne, se termine, comme nous le dirons plus tard, à la réunion de la partie antérieure du scrotum avec la verge; de là, se dirigeant obliquement en arrière et en bas, à travers la partie supérieure et médiane des bourses, le foyer aboutit enfin à la plaie du périnée. A droite, partant aussi de l'hypogastre, le foyer descend, comme de l'autre côté, dans le sillon fémoro-scrotal, mais se termine en cul-de-sac à la partie supérieure et droite des bourses, sans communiquer avec l'autre prolongement de la cavité accidentelle qui n'en est là séparé que par une couche assez mince de tissu cellulaire.

La paroi supérieure de l'urètre étant incisée d'avant en arrière dans toute sa longueur, on observe ce qui suit : Du méat urinaire à un pouce de cette ouverture, la muqueuse présente une rougeur vive produite par des arborisations dont les filets sont très-rapprochés; cette rougeur existe surtout à la face inférieure, et disparaît insensiblement en arrière. Tout près du méat urinaire, la membrane semble ramollie, et l'on y voit deux petites ulcérations grisâtres à peu près circulaires. Plus loin la muqueuse prend une teinte d'un gris noirâtre, puis devient tout-à-fait noire; cette coloration noire forme une sorte d'auréole à une perforation ovale, située sur la ligne médiane à la paroi inférieure, et dont le plus grand diamètre, dirigé d'avant en arrière, a sept lignes de longueur, et le diamètre transversal, trois lignes. Cette perforation, dont les bords sont réguliers, lisses, noirs, fait communiquer l'urètre avec le foyer dont nous avons parlé; c'est, comme nous l'avons dit, près de l'union des bourses avec la verge. Les bords de cette perforation ne sont point taillés à pic : autour d'elle, dans l'étendue de deux à trois lignes, principalement en avant et en arrière, la muqueuse parait amincie de manière à former une sorte de pente, de biseau circulaire, jusqu'à la perforation; l'extrémité antérieure de celle-ci est à deux pouces sept lignes du méat uri-

naire. Une perforation latérale, oblongue, d'avant en arrière, se remarque au côté droit du canal; les bords de cette perforation, réguliers, lisses, mais non minces comme ceux de la perforation antérieure, sont taillés à pic, grisâtres, d'une couleur moins foncée que ceux de l'autre, si ce n'est en arrière, où la muqueuse du canal prend une teinte noire, comme nous allons le dire. L'étendue d'avant en arrière de cette perforation est de sept lignes; l'extrémité antérieure est distante de dix-neuf lignes de l'extrémité postérieure de la première. Lorsque l'on écarte ses bords, on voit qu'elle fait communiquer le canal de l'urètre avec un foyer à parois anfractueuses, d'un gris noirâtre, qui s'étend presque perpendiculairement en bas jusqu'à la plaie du périnée; là, celle-ci communique avec lui et l'autre foyer; cette communication de l'extérieur et des deux foyers se fait au moyen d'une sorte de loge dont la paroi inférieure est formée par la peau, et les autres par une lame celluleuse, et qui présente trois ouvertures: l'une, inférieure, qui répond à l'extérieur; l'autre, supérieure, au petit foyer; la troisième, antérieure, au grand foyer; de sorte que l'on pourrait également dire qu'il n'y a qu'un seul foyer communiquant à l'extérieur par les ouvertures de l'hypogastre et du périnée, et, dans l'urètre, par les deux perforations déjà décrites, et par une autre dont il nous reste à parler. Nous avons vu comment le foyer postérieur se portait en bas: en arrière, il se prolonge au-dessous de l'urètre jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure du verumontanum. Là, ce foyer se termine en cul-de-sac, et communique encore avec l'urètre par le moyen d'une troisième perforation qui est irrégulière, divisée en deux par une bride membraneuse, et résulte de la destruction de la membrane muqueuse, laquelle est ramollie tout autour et parsemée de plaques rouges. Au même niveau se trouve aussi, sur la paroi latérale, une petite ulcération circulaire d'une ligne de diamètre, légèrement déprimée, à fond grisâtre et à bords noirâtres. Entre le veru-

montanum et la luette vésicale, rien de remarquable, si ce n'est que cette partie du canal paraît un peu rétrécie par le gonflement de la prostate; cet organe est en effet un peu hypertrophié, mais son tissu ne paraît pas avoir beaucoup changé de consistance.

La surface interne de la vessie, généralement grise, présente quelques plaques marbrées d'un rouge brun, et un grand nombre d'alvéoles peu profondes formées par le relief des fibres musculaires qui soulèvent la muqueuse. La cavité de la vessie contient environ deux cuillerées d'urine épaisse et bourbeuse; elle a, dans l'état où nous la trouvons, quatorze lignes d'avant en arrière, et dix-neuf lignes de haut en bas. Outre l'hypertrophie de la tunique musculaire, qui démontre la section des parois de l'organe, on peut encore s'assurer par cette section que la muqueuse est un peu épaissie, ainsi que le tissu cellulaire qui la sépare de la musculuse.

Les uretères, parfaitement perméables dans toute leur étendue, paraissent un peu dilatés à leurs extrémités.

Les reins sont un peu hypertrophiés, ramollis, et leur tissu se déchire facilement : ils sont, à l'extérieur, d'un rouge brun violacé; cette couleur est interrompue en une infinité de points par des plaques qui forment un léger relief; ces plaques, de la largeur de neuf lignes à un pouce, irrégulièrement arrondies, sont formées par la réunion d'une infinité de points jaunes de la largeur d'une tête d'épingle, comme déposés dans les mailles d'un réseau d'un rouge assez vif; toutefois, plusieurs de ces points jaunes ne sont pas séparés par ces filaments rouges, et sont unis les uns aux autres. A l'une des extrémités du bord convexe du rein droit, se trouve un petit abcès entouré d'une auréole noirâtre, situé sous la membrane d'enveloppe, à travers laquelle sa couleur jaune le rend apparent. En incisant, on trouve du pus bien lié, encore un peu concret, entouré d'une membrane lisse, mince, d'un rouge foncé. Si l'on divise l'organe en deux parties.

égales, du bord convexe à la scissure, on voit qu'à l'intérieur le tissu du rein est aussi d'un brun rougeâtre, parsemé de plaques jaunes tout-à-fait semblables à celles que nous avons remarquées à l'extérieur; ces dernières se prolongent à l'intérieur de l'organe en lignes ponctuées jaunes. Ces petites trainées s'introduisent dans l'intervalle des tubes de Ferrein, de sorte que certains cônes semblent formés de rayons jaunâtres. Les parois membraneuses des calices et du bassin, légèrement épaissies, présentent à la surface interne une arborisation et un piqueté d'un rouge brun, qui ne s'efface nullement par le frottement.

Arachnitis avec pseudo-membranes. — Observation recueillie par M. NOEL GUENEAU DE MUSSY, interne à la Salpêtrière.

Le 19 février, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière une femme âgée de soixante-quatre ans; elle est sèche et maigre; ses pommettes sont colorées. Elle habite l'hospice depuis onze ans; son intelligence est peu développée, et ce n'est qu'avec peine que j'ai pu obtenir quelques renseignements sur les circonstances qui ont précédé sa maladie actuelle.

Réglée à quatorze ans, elle a perdu à quarante-deux ans; ses règles sont venues régulièrement pendant tout cet espace de temps. Jamais elle n'a eu d'enfants.

Elle me raconta qu'à l'époque où elle cessa d'être réglée, étant dans la rue, elle fut prise tout à coup d'un tremblement général qui ne l'a pas complètement quittée depuis, mais, de temps en temps, ce tremblement augmente; alors elle est obligée de s'arrêter.

Voici l'état qu'elle m'a présenté le jour de son entrée :

Elle est couchée sur le dos; sa voix est faible et tremblo-

tante, ses yeux sont brillants, ses pommettes dilatées, le pouls fréquent, la peau chaude; quand elle soulève les membres supérieurs, ils sont agités de mouvements indéterminés et de secousses convulsives; sa tête tremble quand elle se met à son séant; il n'en est pas de même des membres inférieurs; quand elle se lève, toute la partie supérieure du corps est dans une agitation continuelle. Sa langue est très-sèche, brune à sa partie moyenne, rouge sur les côtés; la malade n'a que fort peu d'appétit, n'est pas altérée, et va régulièrement à la selle sans dévoiement; elle urine beaucoup: à peine a-t-elle pris quelque boisson, qu'elle éprouve le besoin de rendre ses urines.

L'exploration des organes thoraciques et abdominaux n'y fait reconnaître aucune lésion appréciable; elle affirme ne ressentir aucune douleur dans la tête. Le soir, la malade présenta une exacerbation dans l'intensité de la fièvre; le pouls devint beaucoup plus fréquent, la peau sèche et brûlante; elle eut un jour du délire, et voulut se lever.

Le lendemain, 20 février, d'après cet ensemble de symptômes dont on ne pouvait trouver la cause ni dans la poitrine ni dans l'abdomen, M. Prus diagnostiqua une inflammation des méninges, et prescrivit 12 sangsues derrière les oreilles; des cataplasmes sinapisés furent appliqués sur les extrémités inférieures; on administra un lavement émollient.

Le soir, le paroxysme fébrile fut très-prononcé; le pouls battait 140 fois, mais il était régulier et se laissait facilement déprimer. La malade parlait beaucoup, même sans qu'on l'interrogeât; ses idées étaient un peu incohérentes, son teint animé, ses yeux brillants.

Le 21 au matin, la langue est un peu moins sèche; elle n'est plus brune à son centre, mais uniformément rouge. La mollesse du pouls ne permet plus de revenir aux évacuations sanguines. La malade n'a pas été à la selle depuis deux jours; on lui prescrit un lavement avec miel mercurial $\mathfrak{z}$ iij.

22. — Sa loquacité augmente; elle parle continuellement. Ses idées paraissent tout-à-fait dérangées; elle affirme n'éprouver aucune douleur. Le matin, le pouls est faible et dépressible; le soir, il se développe. Le lavement de la veille étant demeuré sans effet, on en prescrivit un autre avec séné et sulfate de soude.

23. — Le soir, le pouls prit assez de développement pour permettre de pratiquer une saignée de $\frac{3}{4}$ viij.

Le sang présente une couenne inflammatoire très-prononcée; la poitrine est auscultée de nouveau, et on trouve du râle muqueux en arrière et à droite; en arrière et à gauche, le son est plus obscur à la percussion; on entend un mélange de râle sous-crépitant et de râle muqueux; pas de douleur de côté, ni de crachats pneumoniques; cependant ces signes suffisent pour faire pressentir une pneumonie.

La malade ne boit qu'avec peine, et, quand on lui fait prendre une gorgée de tisane, elle reste quelque temps sans l'avaler; puis elle est prise d'une toux convulsive qui en rejette une partie au dehors, et semble menacée de suffocation.

24. — Elle a rendu involontairement ses urines. Le pouls est si faible qu'on ne peut songer à une nouvelle saignée. On ajoute aux prescriptions un loch kermétisé; elle succombe le soir, à 4 heures.

Autopsie. — *Tête.* La dure-mère incisée, il s'écoula aussitôt une quantité de sérosité sanguinolente qu'on peut évaluer à une ou deux cuillerées. Le feuillet pariétal de l'arachnoïde n'offrait aucune altération appréciable, mais la surface du cerveau était revêtue de deux pseudo-membranes qui s'étendaient sur la partie antérieure et moyenne de la convexité des deux hémisphères.

Les fausses membranes, d'une couleur rosée et demi-transparentes, étaient parsemées de plaques rouges, dont quelques-unes égalaient à peine, en volume, la tête d'une épingle; d'autres avaient plusieurs millimètres de diamètre;

dans certains points, elles font relief à la surface de la fausse membrane, et sont évidemment contenues dans son épaisseur; ces taches ne sont autre chose que de petits caillots sanguins; dans d'autres points, et notamment autour de ces caillots, le sang est étendu en couche mince, et colore la membrane sans déterminer de saillie à sa surface.

Ces fausses membranes étaient bien renfermées dans la cavité de l'arachnoïde, qu'on trouva parfaitement saine au-dessous d'elles; elles ne lui étaient pas adhérentes, et paraissaient libres dans sa cavité, étant simplement appliquées sur son feuillet viscéral.

La pie-mère, qui revêt la convexité du cerveau, est fortement injectée; les vaisseaux sont gorgés de sang, et les mailles de cette membrane sont infiltrées d'une sérosité abondante qui soulève l'arachnoïde.

Les méninges cérébrales m'ont paru plus friables que dans l'état physiologique; le cerveau, examiné à l'intérieur, ne m'a rien présenté de remarquable.

Thorax. — Les organes centraux de la circulation sont sains.

Poumons. — Adhérences anciennes et celluleuses du poumon droit aux côtes et au péricarde. Le lobe supérieur, recouvert d'une couche épaisse de fausses membranes, présente à son sommet un noyau de substance mélanique. Engouement hypostatique très-prononcé en arrière; en avant, le tissu pulmonaire est parfaitement sain.

Le poumon gauche présente en arrière et en haut une pneumonie au troisième degré; le lobe inférieur présente un mélange de deuxième et de troisième degré, il est plus friable que le lobe supérieur. On observe à sa base un petit noyau du volume d'une noisette renfermant une matière blanchâtre qui m'a paru être du pus concret.

*Anévrisme de l'aorte avec usure des vertèbres. Observation
recueillie par M. NIVET, interne des hôpitaux.*

La nommée Nigaud (Marie-Louise), âgée de cinquante-six ans, blanchisseuse à Neuilly, est entrée, le 15 novembre, au n° 150 de l'hôpital Beaujon.

Elle disait être affectée depuis plusieurs années d'un catarrhe pulmonaire qui la fatiguait beaucoup, et d'une hernie crurale droite assez volumineuse, mais facilement réductible. La malade rendait fort mal compte de son état; on fit un bon pour un bandage, et on cessa de s'en occuper.

Le 23 novembre, elle se plaignit d'éprouver, pendant la nuit, des accès de suffocation.

Le 24 au soir, nous fûmes témoins d'un de ces accès. La face était violacée et bouffie, la respiration très-génée, bruyante, accompagnée d'un bruit de sifflement; le pouls était très-petit, fréquent et faible, ce qui nous empêcha de la saigner; on se contenta de lui appliquer des sinapismes aux cuisses. Elle est morte le 25 au matin, avant que nous ayons pu obtenir des renseignements plus complets. Cette malade n'a pas été auscultée.

Autopsie faite 24 heures après la mort. — Les membres ne sont pas œdémateux, les deux poumons sont engoués en arrière; une petite quantité de sérosité existe dans les deux plèvres; les cavités du cœur sont remplies de caillots fibrineux. Celui du ventricule gauche se continue avec celui de l'anévrisme; les parois de ce ventricule sont épaissies. La crosse de l'aorte est dilatée, mais il n'y a pas insuffisance des valvules.

A la partie supérieure de l'aorte pectorale, on remarque une tumeur anévrismale qui est en rapport, en avant, avec la veine cave supérieure, la trachée, l'origine des bronches,

les artères pulmonaires gauche et droite, qui sont un peu comprimées.

L'œsophage, repoussé en avant et à droite, est aplati.

Sur ses côtés, la tumeur est couverte par les plèvres.

Sa paroi postérieure adhère au ligament vertébral antérieur; deux vertèbres au moins sont dénudées, usées, et en contact avec le sang. Le volume de la tumeur est au moins le double de celui d'un œuf de poule.

L'ouverture de l'anévrisme est arrondie, régulière, de neuf lignes de diamètre; la cavité de la tumeur est remplie par deux caillots séparés par une fissure assez profonde.

Un de ces caillots, placé à gauche et en arrière, est convexe en dehors, concave du côté contigu au caillot droit; il paraît plus ancien, et l'on remarque à sa surface des couches comme pseudo-membraneuses d'un blanc jaunâtre.

Le caillot droit globuleux paraît récent; il se continue en haut avec le caillot qui va dans le ventricule gauche du cœur; il envoie en bas un prolongement dans l'aorte pectorale.

La dissection de la tumeur nous a fait reconnaître :

1° Que la membrane interne s'arrête au bord de l'ouverture de l'anévrisme;

2° Que la membrane moyenne, lorsqu'on l'examine par sa face externe, paraît s'arrêter au même endroit; ses fibres jaunes offrent un bord frangé qui n'est pas apparent lorsqu'on examine la face interne de cette membrane. De ce côté, la membrane moyenne se continue manifestement avec une couche cellulo-fibreuse assez épaisse, rougeâtre, qui diffère du tissu jaune de la membrane moyenne, par sa couleur, la direction de ses fibres, qui sont longitudinales ou obliques, au lieu d'être circulaires, par son épaisseur qui est moins grande.

Nous croyons qu'elle est le résultat de l'hypertrophie du tissu cellulaire placé au-dessous de la membrane interne et entre les fibres du tissu élastique de la membrane moyenne.

Mais on pourrait aussi soutenir qu'elle n'est autre chose que la membrane moyenne dégénérée.

3° Enfin, on trouve la membrane moyenne qui est épaissie et offre des fibres rougeâtres d'apparence musculaire; il résulte de cet examen, qu'il est difficile de ranger cette espèce d'anévrisme dans les classes établies actuellement.

Hernie crurale du côté droit renfermant le grand épiploon et une partie du colon transverse.

Grossesse double. — Mort d'un des jumeaux au quatrième mois.

La grossesse continue ses périodes. — L'autre fœtus naît vivant. — Observation recueillie par M. PRESTAT, interne à l'Hôtel-Dieu.

Marie-Joséphine Bouteau, âgée de 19 ans, et réglée régulièrement depuis trois ans seulement, est devenue enceinte, pour la première fois, dans le commencement d'août 1835. Sa grossesse fut très-heureuse; cette femme n'éprouva même pas les incommodités qui marquent si souvent le début de la grossesse. Le 18 avril 1836, elle fut prise des douleurs de l'enfantement, et, après un travail de 27 heures, elle accoucha d'un enfant mâle bien portant, mais un peu petit, et qui s'était présenté par le sommet de la tête. La délivrance se fit un quart d'heure après et presque seule.

Le placenta était en raquette, et présentait dans l'épaisseur des membranes une poche dans laquelle se trouvait contenu un autre fœtus, mort depuis long-temps et aplati; les parois de cette poche se trouvaient en contact avec elles-mêmes; elles étaient humides, mais ne contenaient plus de

liquide amniotique. La poche est formée par l'amnios de l'enfant mort adossé contre celui de l'enfant qui est né à terme, et la cloison qui résulte de cet adossement se trouve séparer le placenta en deux portions à peu près égales.

L'intérieur de la poche était, dans quelques points, couvert d'une matière d'un jaune brun, qui s'écrasait sous le doigt. Cette substance me paraît être l'épiderme du fœtus, et ce qui me le fait penser, c'est que le fœtus lui-même est couvert presque en entier de cette matière.

Cette poche, si elle était distendue, pourrait contenir environ une livre et demie ou deux livres d'eau.

La portion du placenta qui appartient au fœtus mort ne forme guère que la huitième partie du placenta entier; elle forme une bande longue de quatre pouces, large de dix-huit lignes, sur laquelle on voit ramper les vaisseaux ombilicaux. Ceux-ci s'avancent jusque vers son bord libre, et l'abandonnent pour former le cordon, en sorte que le placenta commun est formé par la fusion des deux placentas en raquette. Cette partie du placenta est ferme, difficile à déchirer, d'un blanc mat, tout-à-fait semblable à ces plaques blanches qu'on trouve fréquemment sur le délivre d'enfant à terme. En le coupant, on voit, à travers la substance spongieuse, les vaisseaux qui se distinguent par une couleur blanche plus brillante que le reste.

Le cordon ombilical a sept pouces et demi de long environ; il est très-grêle et très-fragile.

Notons que l'amnios de l'enfant mort recouvre dans une grande étendue le placenta de l'enfant qui est venu à terme.

Quant au fœtus, il est du sexe masculin, long de six pouces et quelques lignes, aplati, d'une couleur brun jaunâtre; il est couvert de l'enduit que j'ai déjà indiqué comme se trouvant sur les parois de la poche.

A travers la peau, on distingue les saillies formées par les os du crâne, la mâchoire inférieure et les côtes.

La tête est aplatie transversalement; on aperçoit bien les différentes ouvertures. Le cerveau se présente sous la forme d'une bouillie épaisse, d'un rose pâle, et s'écrasant sous le doigt. La faux du cerveau est très-distincte.

Le cœur est plat, long de cinq lignes; on distingue très-bien ses différentes parties.

L'œsophage contient une matière semblable à celle qui enduit l'extérieur du fœtus.

On distingue les arceaux cartilagineux de la trachée. Les poumons, très-petits, sont refoulés en haut et en arrière par le cœur, qui occupe le centre de la poitrine.

Le scrotum n'offre aucun vice de conformation; la verge a l'aspect du clitoris, cependant on aperçoit à son centre un petit point qui est l'orifice du méat urinaire.

Les membres ont une longueur égale; leurs os longs commencent à s'ossifier.

Je pense que cet enfant est mort dans le courant du quatrième mois de la vie intra-utérine; que l'eau de l'amnios a été absorbée, et que la pression continuelle exercée, d'une part, par la poche pleine d'eau de son frère, et, de l'autre, par l'utérus, a aplati le fœtus mort, et a fait disparaître une partie de ses liquides.

Extrait du rapport de M. GUESNARD, sur l'observation précédente.

Ce qu'il y a de remarquable dans la pièce qui vous a été présentée, c'est qu'il n'existe qu'un seul chorion, qui enveloppe dans sa cavité les deux amnios, et ceci peut être bien constaté par la dissection. Ce cas de confusion des

germes est assez rare; on en trouve cependant quelques exemples: on a vu même un seul chorion exister pour trois fœtus; cette variété amène, par une sorte de gradation, à celle où la confusion est telle, que les deux fœtus sont accolés, et constituent une monstruosité.

La membrane caduque est nécessairement unique, et les fœtus sont appendus au même placenta, plus considérable, et qui paraît appartenir exclusivement au fœtus vivant.

Note sur une rupture de l'aorte, communiquée par M. NIVET.

Le 20 novembre 1836, une femme âgée de soixante-huit ans mourut subitement à la Salpêtrière; elle avait passé la journée comme à l'ordinaire, et peu de temps avant sa mort elle causait avec ses compagnes. Tout à coup elle perdit connaissance, tomba, et dix minutes après elle avait cessé de vivre; les extrémités commençaient à se refroidir, la figure n'était pas décolorée, les membres étaient dans un état de résolution complète.

A l'autopsie faite trente-six heures après la mort, on trouva les poumons engoués, en arrière les veines caves remplies de caillots noirs et mous; le cerveau et les autres viscères ne présentaient aucune altération. Le péricarde, deux fois plus volumineux que dans l'état ordinaire, renfermait: 1° quatre à cinq onces de sérosité sanguinolente; 2° un caillot noir, assez ferme, qui enveloppait le cœur, et pesait environ cinq onces.

Une rupture longitudinale, d'un pouce et demi, existe sur la partie postérieure et droite de la portion de l'aorte renfermée dans le péricarde. Elle commence à un demi-pouce au-dessus du bord supérieur des valvules. On re-

marque, en regardant le paroi interne de ce vaisseau, que la membrane moyenne est disséquée, séparée de l'externe, depuis l'angle inférieur de la plaie jusqu'à un demi-pouce au-dessus dans l'étendue d'un pouce carré; c'est à l'extrémité supérieure de ce décollement qu'on voit une déchirure transversale occupant la moitié de la circonférence de l'artère. Des caillots rouge-bruns séparent la membrane externe de la moyenne; la première de ces tuniques est très-amincie au niveau de la déchirure.

Le volume de l'aorte est augmenté d'un tiers dans la partie occupée par les lésions que nous avons indiquées; les tuniques sont diminuées d'épaisseur, mais ne paraissent pas altérées; au-dessous, au contraire, vers le bord adhérent des valvules sigmoïdes, on trouve trois végétations ossiformes. L'aorte thoracique offre des plaques crétacées assez nombreuses au-dessous de sa tunique interne. Le cœur est hypertrophié; les cavités ventriculaires augmentées; l'épaisseur des parois du ventricule gauche offre huit à neuf lignes d'épaisseur en avant; le cœur est deux fois plus volumineux que le poing du sujet.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 16 (3^e SÉRIE) — (Décembre 1836),

RÉDIGÉ

PAR MM. GIRALDÈS, CHASSAIGNAC, CAZALIS, DENONVILLIERS,
NIVET, DIDAY ET MERCIER.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Novembre et Décembre 1836.*

1. *Vice de conformation des membres supérieurs.* — 2. *Disposition anormale de la partie articulaire du fémur.* — 3. *Empoisonnement par l'acide sulfurique.* — 4. *Tumeur communiquant dans la cavité du cœur.* — 5. *Kyste de l'ovaire.* — 6. *Atrophie des nerfs optiques.* — 7. *Nominations pendant le mois.*

1. M. *Andral* présente à la Société les deux membres supérieurs d'une jeune fille de vingt-et-un ans; sur ces pièces on remarque une diminution assez marquée dans la longueur des deux humérus. Celui du côté droit offre la moitié de la longueur ordinaire, celui du côté gauche a un tiers moins; les avant-bras sont plus longs que dans l'état ordinaire; l'humérus le plus court est aussi le plus gros, sa conformation n'est pas régulière; la tête n'est pas sphérique, et la grosse tubérosité est un peu plus élevée qu'à l'état normal.

2. M. *Diday* présente l'articulation tibio-fémorale d'un homme de trente-quatre ans, mort d'une maladie étrangère, et sur lequel on n'a pu avoir aucuns renseignements antérieurs; la rotule déformée ne correspond plus qu'au condyle externe du fémur; la surface articulaire de ce condyle se prolonge d'un pouce environ plus haut que celle du condyle interne; dans la gorge qui sépare les deux condyles on remarque une crête osseuse qui empêchait la rotule de glisser sur le condyle interne; cette altération est regardée par la Société comme un exemple de luxation incomplète de

la rotule en dehors. Le malade pouvait marcher sans aucune gêne dans les mouvements.

3. *M. Stansky* présente plusieurs pièces prises sur un homme qui s'est empoisonné avec de l'acide sulfurique; il avala le poison à neuf heures du matin, et resta dans sa chambre sans se plaindre jusqu'à midi; amené à l'hôpital Cochin, à deux heures de l'après-midi, il était froid cyanosé, poussait des cris aigus, déchirants; la région épigastrique était couverte de marbrures bleuâtres; les parois abdominales étaient raides, la pression y déterminait de vives douleurs; la membrane muqueuse de la bouche était blanche, le pouls était lent, petit et régulier; pas de vomissements; ténesme vésical très-prononcé; le malade mourut une demi-heure après. Sur les pièces présentées on remarque une destruction complète de l'estomac dans l'étendue de cinq pouces à peu près; toute la membrane muqueuse a été détruite; les fibres musculaires sont complètement isolées, disséquées, et on voit parfaitement leur direction; l'épithélium de l'œsophage était facile à enlever.

L'intestin grêle présente à sa surface un aspect pulvérulent grisâtre qu'on enlève facilement. *M. Stansky* croit que c'est la membrane muqueuse devenue plus épaisse et en même temps plus sèche. Plusieurs membres font remarquer que cette apparence est due plutôt aux mucosités sécrétées et moulées sur les replis valvulaires de la muqueuse intestinale.

Le liquide qui était épanché dans la cavité péritonéale avait cautérisé les parties environnantes avec lesquelles il s'est trouvé en contact; la cautérisation avait pénétré assez profondément; le foie et la rate avaient une apparence de cuison très-remarquable. Dans tous les vaisseaux de l'abdomen le sang était noir, coagulé, dur, semblable à la matière ordinaire des injections anatomiques.

4. *M. Imlin* présente une tumeur pédiculée du ventricule gauche du cœur; le pédicule de la tumeur offre un trajet fistuleux qui communique avec la cavité ventriculaire.

5. *M. Pigné* fait voir un kyste de l'ovaire droit développé depuis longtemps chez une femme âgée de cinquante ans. Cette tumeur commença à se développer à la partie inférieure et droite de l'abdomen, et monta peu à peu jusqu'au-dessus de l'ombilic; la ponction a été pratiquée neuf fois chez cette femme; les huit premières fois donnèrent issue à un liquide séreux; transparent, qui devint albumineux à la dernière ponction. A l'ouverture de l'abdomen, ce kyste échappa comme par énucléation, tomba par terre, se déchira et donna issue à dix à douze pintes d'un liquide semblable à celui qui avait fourni la dernière ponction. Aux parois de ce kyste sont adhérents plusieurs autres petites tumeurs qui sont saillies à l'intérieur; quelques-unes sont denses, contiennent dans des mailles celluluses de la sérosité limpide ou une matière purulente; la plus volumineuse est située au niveau de l'ombilic, où le kyste avait contracté de légères adhérences.

6. *M. Debrah* montre les cavités orbitaires et les nerfs optiques d'un

individu aveugle depuis son enfance; l'œil gauche seul avait été vidé; la cavité orbitaire correspondante avait moins de capacité que l'autre; le nerf orbitaire du même côté était sensiblement atrophié et avait une apparence fibreuse en avant du chiasma; mais au-delà il reprenait son volume, son aspect et sa consistance normale. Au côté droit il n'y avait aucune altération.

7. MM. les docteurs Grellois, Belmas et Bordet échangent leur titre de membres adjoints contre celui de membres correspondants.

MM. Chavigner et Fovelle sont nommés membres adjoints.

MM. les docteurs Finck et Lagenbeck sont nommés membres correspondants.

Note sur une fracture de la première vertèbre lombaire; désorganisation complète de la moelle épinière dans le point correspondant; conservation de la sensibilité des extrémités inférieures; par M. GABRIEL, interne des hôpitaux.

Le nommé Berbier, âgé de quarante-trois ans, est tombé d'un troisième étage sur le dos, le 20 octobre 1856. Transporté immédiatement à l'hôpital Beaujon, il nous a présenté les symptômes suivants :

Paralyse complète du mouvement des extrémités inférieures; conservation de la sensibilité, plus parfaite du côté gauche que du côté droit; excrétion involontaire des matières fécales; rétention d'urine; les extrémités supérieures ne présentent aucune altération du mouvement ni de la sensibilité; la respiration paraît normale.

Au niveau de la douzième vertèbre dorsale ou de la première lombaire, existe en arrière une ecchymose assez large qui est le siège d'une douleur extrêmement vive; c'est le point sur lequel le malade dit être tombé; le doigt y perceoit profondément une saillie anormale, au-dessus de laquelle existe un enfoncement dont on ne peut limiter la profondeur.

La réunion de tout ces symptômes est plus que suffisante pour ne laisser aucun doute sur l'existence de la fracture d'une vertèbre, et par suite d'une compression plus ou moins complète de la moelle épinière.

Application de cinquante sangsues autour du point douloureux. Le soir la douleur est moins vive. Le malade est sondé; urine claire, limpide.

21, cinquante nouvelles sangsues également suivies de soulagement. Le malade est sondé deux fois par jour; sans cette précaution il urine par regorgement. (L'urine perd sa transparence.)

Les jours suivants la respiration s'embarrasse.

28, douleur très-vive sur le trajet du nerf sciatique gauche; aucune modification dans le mouvement des extrémités inférieures. La vessie forme un globe au-dessus des pubis, même lorsqu'on vient de la vider par le cathétérisme; la région hypogastrique est très-douloureuse, les urines extrêmement fétides et décomposées. Après chaque cathétérisme, injection d'eau tiède dans la vessie; cataplasme sur la région hypogastrique.

Affaiblissement graduel jusqu'à la mort, qui a lieu le 9 novembre, sans qu'il y ait eu de modification du mouvement dans les extrémités inférieures; la sensibilité s'y est conservée jusqu'au dernier moment.

Autopsie. — Fracture de la première vertèbre lombaire; le fragment supérieur chevauche en avant sur l'inférieur de trois ou quatre lignes; à ce niveau, la dure-mère est plissée longitudinalement comme si elle avait été comprise transversalement dans une anse de fil. La substance de la moelle paraît avoir subi le même degré de constriction; sa continuité est interrompue, la lésion a lieu immédiatement au-dessus de la naissance de la queue de cheval. Le ligament qui tapisse la paroi antérieure du trou vertébral n'a pas été détruit. Les apophyses épineuses de la douzième dorsale et de la première lombaire sont fracturées, ainsi que les apo-

physes transverses de cette dernière vertèbre. Fracture des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième vraies côtes et de la dernière fausse côte du côté gauche. (La fracture de la cinquième côte présente deux fragments aigus qui ont piqué la plèvre costale sans déterminer aucune lésion, soit dans la plèvre, soit dans le poumon.) Fracture des quatrième, cinquième, sixième et septième vraies côtes du côté droit.

Poumons légèrement et uniformément engoués.

Vessie à colonnes; la muqueuse est noirâtre; la couche musculieuse est très-épaisse; elle est séparée de la tunique muqueuse et péritonéale par du pus réuni en foyer et disséminé. Adhérences du péritoine à la face postérieure de la vessie, à la face antérieure du rectum, et du paquet d'intestins grêles qu'on y rencontre.

M. Rullier a publié une observation semblable à celle-ci. Le sentiment des extrémités inférieures avait été conservé après la destruction complète de la substance de la moelle.

Hernie crurale étranglée; opération; guérison; perforation intestinale; épanchement stercoral; péritonite sur-aiguë; mort.—Observation recueillie par M. GODIN, interne à la Salpêtrière.

(Lue dans la séance du 26 mars.)

Le 18 janvier 1835, vers les onze heures du matin, la nommée Berdet, âgée de soixante-seize ans, d'un tempérament sanguin et jouissant d'une bonne santé-très-bien conservée, ressentit, en soulevant son matelas, une douleur vive et subite dans l'aîne droite, accompagnée de craquement. Cette douleur persista; cependant ce ne fut qu'au bout de deux heures que la malade y porta la main et reconnut pour la

première fois une tumeur du volume d'un marron, car jusqu'alors elle n'avait eu, dans cette région, ni hernie ni tumeur de toute autre nature. Dans la journée survinrent quelques vomissements. A la visite du 19, M. Cruveilhier lui trouva le poulx plein, la face injectée, et reconnut une hernie étranglée; la malade fut aussitôt transférée dans les salles de chirurgie, où l'on employa pendant trois quarts d'heure un taxis méthodique, le bain, une forte saignée, qui pourtant ne put procurer une syncope complète; des onctions de cérat avec addition d'extrait de belladone; le tout sans succès. Un lavement de tabac avait procuré quelques selles et apaisé les coliques, mais la tumeur avait persisté sans diminuer de volume; elle était même déjà douloureuse. Cependant les vomissements n'avaient pas reparu; le ventre était souple; il n'y avait aucun symptôme de péritonite, et la malade, satisfaite du bien-être qui avait suivi l'administration du lavement, se refusait opiniâtement à l'opération; c'est pourquoi celle-ci ne fut pratiquée qu'à quatre heures et demie du soir.

Le diagnostic offrit d'assez grandes difficultés; la tumeur s'étendait au-devant du ligament de Fallope, dans sa portion la plus supérieure, et ne pouvait être abaissée vers la région crurale. Cependant le doigt, promené sur le bord de l'arcade de ce nom, était arrêté par la tumeur, dont la plus grande portion était au-dessous de ce ligament, et dont le plus grand diamètre était transversal; aussi, malgré l'empâtement des tissus environnants, M. Bérard crut-il pouvoir affirmer l'existence d'une hernie crurale.

Les muscles étant mis dans le relâchement, le chirurgien placé au côté droit fit une première incision verticale qui n'intéressa que la peau dans l'étendue de deux pouces environ. Il coupa ensuite avec lenteur le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia superficialis qui présentaient des couches superposées et distinctes; cette disposition lamellée était sans doute le résultat du taxis prolongé. Il mit enfin à dé-

couvert dans toute l'étendue de la tumeur une dernière couche assez unie, s'étendant jusqu'à l'ouverture abdominale, et crut d'autant plus facilement ici être arrivé dans le véritable sac qu'il s'écoula quelques gouttes de sérosité sanguinolente à l'ouverture de cette poche accidentelle. Les parties qui s'offraient à la vue avaient un aspect lisse et luisant sur quelques points floconneux et grasseyés; sur d'autres elles ressemblaient en un mot à une masse épiploïque ramassée sur elle-même, à une épiplocèle sèche. Il fut impossible cependant de la déplisser. Cette masse offrait en outre la sensation d'un corps liquide renfermé uniformément dans son épaisseur. Il était difficile de croire que l'épiploon pût former une enveloppe aussi parfaite; aussi l'erreur fut-elle de courte durée; le véritable sac dont la surface extérieure avait cette apparence, fut soulevé avec la pince et coupé en dédolant. Il s'en écoula environ une cuillerée de sérosité roussâtre, un peu de sang presque coagulé, et l'on aperçut une anse intestinale du volume d'un petit œuf, d'un noir luisant, uniforme, mais parfaitement rénitente, n'offrant ni taches, ni flétrissures, ni érosions. Après quelques tentatives modérées de réduction, la sonde cannelée fut introduite entre l'anse et le collet du sac, et le débridement fut opéré avec la plus grande facilité; directement en haut et en avant, on entendit un craquement dû manifestement à la section du tissu fibreux. Il fut aisé alors d'attirer au dehors une plus grande portion de l'intestin, qui n'offrait non plus aucune trace de gangrène au niveau de l'étranglement et reprenait brusquement sa couleur normale au-delà de ce point. On fit alors rentrer graduellement l'intestin, ce qui fut le temps le plus douloureux de l'opération; la malade avait jusqu'alors à peine proféré quelques plaintes; elle n'avait aussi perdu que très-peu de sang, aucune ligature n'avait été nécessaire. Le pansement fut fait avec un linge fin enduit de cé-

rat, de la charpie, des compresses pliées en plusieurs doubles, et un bandage triangulaire.

On prescrivit la diète, les tisanes rafraîchissantes, et le repos le plus absolu dans le décubitus horizontal. Aucune espèce d'accident ne suivit l'opération. Les selles ne se rétablirent que tardivement vers le quatrième ou cinquième jour. Dès le surlendemain de l'opération, la malade prit des bouillons qui furent bien supportés; le troisième jour l'appareil fut levé et remplacé par un autre semblable; la plaie était vermeille et sécrétait du pus de bonne nature. Elle marcha vers la guérison en se cicatrisant du fond vers les bords, un peu lentement, il est vrai, mais sans jamais prendre une marche rétrograde; et vers le milieu de février la cicatrice était fermée. Aucun accident, je l'ai dit, n'avait entravé la marche de l'affection; cependant le 28 février, la malade fut prise, après avoir mangé, dit-on, une pomme cuite, de vomissements de matières purement bilieuses; le lendemain il y avait de la diarrhée, peu d'appétit, mais pas de fièvre; deux jours de diète et des lavements laudanisés arrêterent rapidement les accidents, et le samedi 14 mars, cinquante jours après l'opération, cette femme sortit dans un état de santé parfaite, avec un bandage destiné à prévenir la reproduction de sa hernie.

Le 15 mars, dans la journée, elle mangea avec ses enfants. Le soir elle fut transportée, vers les cinq heures, dans les salles de médecine; l'élève de garde observa les phénomènes suivants :

Nausées, éructations, vomissements fréquents, tension externe de l'abdomen, qui est douloureux dans tous ses points.

Elle succomba le 16, à 1 heure du matin.

La nécropsie fut faite le 17 mars, trente-trois heures après la mort, par MM. Cruveilhier et Bérard.

Le *thorax* n'offre rien de remarquable. A l'incision de l'*abdomen* il ne s'échappe aucun gaz. *Cavité abdominale.*

Péritonite des plus violentes. Épanchement de matières stercorales disséminées çà et là en grumeaux; le petit bassin et les parties les plus déclives sont remplies d'un liquide brun-rougeâtre, d'odeur stercorale. Le péritoine pariétal est d'un rouge lie de vin, inégal; sa surface a perdu son poli. Il en est de même de celui qui revêt les intestins et qui, dans la plus grande partie de son étendue, offre une couleur rouge vermeille. Point de fausses membranes de récente formation. A la région inguinale droite existe des adhérences intestinales qui lui sont adhérentes et sur lesquelles je reviendrai.

Tube digestif. — L'insufflation pratiquée par l'œsophage fait bientôt reconnaître une perforation ayant un peu moins de largeur qu'une pièce de cinq sous, siégeant vers la portion inférieure de l'intestin grêle, à plus d'un pied du paquet intestinal dont nous avons parlé plus haut, par conséquent, sur une partie libre de toute adhérence. Le péritoine n'est pas plus injecté à l'entour que dans les autres points; mais la muqueuse forme une saillie à travers l'érosion de la séreuse. A quelques lignes de cette perforation, on remarque deux ou trois érosions superficielles de la tunique séreuse. Dans ces points et dans ceux qui sont le plus voisins, il n'existe aucune lésion de la muqueuse; cette membrane est bien plutôt décolorée qu'enflammée, et n'offre ni ramollissements, ni plaques, ni érosions. Cependant cette portion d'intestin est beaucoup plus facile à déchirer que les parties plus éloignées, et en la tirillant M. Bérard y produisit des ruptures artificielles. Dans tout le reste de son étendue le tube digestif (estomac, petits et gros intestins) offre cette décoloration, ou plutôt cette teinte grisâtre sans altération de consistance, due en partie à du mucus répandu dans la plus grande portion de l'intestin grêle. Celui-ci contient en outre une matière qu'on peut comparer à de la bouillie claire. La dernière partie de l'ileum présente des replis qui ont l'aspect des valvules conni-

ventes. Dans les circonvolutions supérieures, ces valvules sont beaucoup plus larges et plus rapprochées que d'ordinaire. Le gros intestin renferme des matières verdâtres, épaisses, en assez grande quantité, mais disséminées dans toute son étendue.

Rien de particulier dans les autres viscères.

Région inguinale droite. — D'avant en arrière on trouve la peau et le fascia superficialis adhérant à l'anneau au moyen de la cicatrice; celle-ci est très-rétrécie et fort solide. Au-dessus de ce point le ligament de Fallope est libre dans toute son étendue, il est impossible de trouver des traces du débridement, qui, comme je l'ai déjà dit, a pourtant porté sur ce repli aponévrotique. Le ligament rond n'est nullement interrompu dans sa continuité et suit son trajet ordinaire. Un peu au-dessus de l'orifice intérieur du canal inguinal, s'engage obliquement dans ce canal un pèleton graisseux, allongé de haut en bas et de dehors en dedans, qui aurait pu devenir l'origine d'une véritable hernie extra-pariétale, analogue à celle que M. Dance vient de décrire dans sa thèse, et cela par le même mécanisme qu'on voit une hernie dite graisseuse, un flocon graisseux engagé dans une ouverture naturelle des parois abdominales, entraîner le péritoine de manière à former un sac susceptible de loger une entérocele ordinaire. En effet, dans le cas dont il s'agit, le pèleton adipeux adhère au péritoine par sa face postérieure, et en tirant sur lui on entraînait la séreuse à travers l'érailement des fibres, des muscles petit oblique et transverse par lequel le déplacement s'effectuait.

Il existait entre cette ouverture et l'orifice intérieur du canal un faisceau musculaire très-prononcé; car, ainsi que l'a fait remarquer M. Bérard, il serait difficile de concevoir la formation des hernies extra-pariétales par ce dernier anneau, les parties, en les supposant déplacées dans ce sens, devant avoir plus de tendance à suivre le trajet du canal qu'à décoller des muscles et des aponévroses. Il est donc

probable que ces hernies doivent s'effectuer, du moins généralement, à travers un écartement des fibres, des muscles cités ci-dessus.

A l'ouverture pelvienne de l'anneau crural est appliqué un paquet assez volumineux, formé par deux anses intestinales entrelacées d'une manière pour ainsi dire inextricable, au moyen d'adhérences solides existant d'une part entre les faces de l'intestin lui-même, d'une autre part entre les intestins et le péritoine pariétal; ces adhérences sont plus fortes au niveau de l'anneau et semblent se continuer avec le tissu inodulaire; elles unissent en troisième lieu la portion interne de cette masse et la face latérale de la vessie, ce qui, dans le cas où une reproduction de la hernie se fût effectuée, aurait pu donner naissance à une cystocèle crurale consécutive. Il est manifeste toutefois que cette reproduction était rendue impossible par les adhérences solides qui fermaient l'anneau. Les anses intestinales forment en cet endroit, en s'adossant par leur bord libre et en s'unissant au moyen de fausses membranes très-intimes, deux anneaux complets, anneaux dont la production, fréquente à la suite d'opérations analogues, explique comment les personnes qui ont subi ces opérations sont exposées à des étranglements internes rapidement mortels. En portant plus loin les investigations on pouvait assez facilement distinguer dans la masse décrite ci-dessus le point qui avait subi l'étranglement. Il était le centre des adhérences, et le doigt introduit dans son intérieur constatait un double rétrécissement. Le premier, inférieur, était moins serré, et ne permettait cependant pas au doigt index de passer; mais le petit doigt le franchissait, et à un pouce au-dessus se rencontrait le deuxième, qui était dur, résistant, circulaire, et dont l'orifice n'offrait pas trois lignes de diamètre. A un pouce au-dessus de ce deuxième rétrécissement l'intestin présentait une perforation.

Les parties voisines n'ont rien offert d'anormal. Les vaisseaux suivaient leur trajet ordinaire.

Cancer du testicule. — Observation recueillie par M. VIGLA, interne des hôpitaux.

Corbonnon, jardinier, âgé de trente-trois ans, salle Sainte-Marthe, n° 26.

Cet homme, d'une taille assez élevée, d'un peu d'embonpoint, mais bien musclé, ayant les cavités larges, le système pileux très-développé, d'une constitution robuste, ne se rappelant pas avoir jamais eu de maladie grave, ne portant aucune trace d'affection ancienne aux parties génitales, et affirmant n'avoir jamais éprouvé le plus léger symptôme du côté de ces organes, entra à l'Hôtel-Dieu vers le milieu du mois de février, pour y être traité d'une tumeur volumineuse siégeant au côté droit du scrotum.

A cette époque nous apprîmes de lui qu'il y a environ quinze mois, après avoir reçu un coup, il vit son testicule augmenter de volume. Cet accroissement fut graduel et lent dans les premiers temps; il fut beaucoup plus rapide dans les derniers mois. Aucune espèce de douleur ne se fit sentir dans cette tumeur, qui ne gênait le malade que par son volume et son poids. Les changements de saison, de température, n'exerçaient aucune influence sur lui, et quand le malade avait travaillé ou marché beaucoup plus qu'à l'ordinaire, il n'éprouvait qu'un sentiment pénible de tiraillement dans les aines, encore ne porta-t-il jamais de suspensoir.

Pendant ce temps sa santé ne fut nullement altérée, il ne perdit rien de son aptitude aux fonctions génératrices. Marié depuis deux ans, sa femme est enceinte pour la seconde fois. Vers le mois d'octobre dernier il consulta pour la première fois un médecin, qui lui conseilla les frictions

mercurielles. Je ne sais quelle quantité d'onguent il employa, mais il ne renonça à ce moyen qu'après deux mois et demi, parce qu'à cette époque il survint quelques symptômes du côté de la bouche, qui firent craindre la salivation. Malgré l'exactitude et la persévérance avec laquelle il exécuta cette prescription, il n'obtint aucune diminution dans le volume de la tumeur, et, s'il faut l'en croire, il aurait ressenti pendant la durée de ce traitement quelques douleurs qui ont disparu depuis et ne se sont pas reproduites. Voici les caractères de cette tumeur :

Elle a la forme d'un cylindre arrondi à ses deux extrémités, dont le grand diamètre dirigé perpendiculairement à environ cinq pouces, et la circonférence prise à la partie moyenne, neuf. Elle attire à elle la peau de la verge et le scrotum destiné à former l'enveloppe extérieure de l'autre testicule, de telle sorte que le pénis paraît moins volumineux qu'il ne l'est réellement, et le raphé des bourses se trouve un peu dévié du côté droit et situé au-devant de la tumeur. La peau est un peu rouge, mais je remarque qu'au moment où je prenais ces notes, le malade faisait depuis deux jours des frictions mercurielles. Le poids de la tumeur ne me paraît pas très-considérable relativement à son volume.

En continuant l'examen, le toucher ne me fit, pas plus que l'œil, reconnaître de bosselures ou d'inégalités. Il y a de la résistance, de l'élasticité; on éprouve la sensation assez distincte d'un liquide placé profondément et dans une poche à parois assez épaisses ou très-distendues, en plaçant deux doigts sur deux points opposés et pressant brusquement avec chacun d'eux successivement. Aucune partie dans cette tumeur ne peut être distinguée du reste et faire soupçonner la présence de l'épididyme ou du testicule. Elle est complète, opaque, le cordon ne participe pas à l'augmentation de volume, l'anneau est libre, la toux, les efforts ne font pas et n'ont jamais fait sortir d'autre tumeur; le testicule gauche a conservé sa grosseur naturelle.

Le chirurgien de service diagnostiqua une tumeur solide, formée par la substance du testicule, contenant une certaine quantité de liquide, tumeur qu'il pensa être de nature cancéreuse.

Ce malade fut mis au repos et aux frictions mercurielles; au bout d'une huitaine de jours de l'emploi de ces moyens; la castration fut proposée au malade comme le seul moyen efficace. Il y consentit.

Une ponction exploratrice fut d'abord faite avec un trois-quarts. Il ne fusa que quelques gouttes d'un liquide purulent.

L'opération consista en une incision s'étendant de l'anneau inguinal jusqu'à l'extrémité inférieure de la tumeur, la dissection de la peau de chaque côté, la ligature des vaisseaux au fur et à mesure qu'ils étaient divisés, et enfin la section du cordon avec la même méthode pour la ligature des artères que pour les vaisseaux superficiels. La plaie fut remplie de charpie. Trois ligatures furent faites au cordon; un grand nombre dans la dissection de la peau.

La tumeur enlevée présente à l'examen les caractères suivants : sa surface est lisse, un grand nombre de vaisseaux rampe uniformément dans l'épaisseur des différents feuillets qui la recouvrent. La fluctuation est devenue évidente, elle est perçue sur tous les points.

Une incision faite suivant le grand diamètre et pénétrant assez profondément pour diviser la tumeur en deux moitiés tenant l'une à l'autre, permet l'écoulement de deux liquides bien distincts : c'est d'abord de la sérosité semblable à celle que l'on trouve dans l'hydrocèle simple; ensuite un liquide d'un jaune sale, terne, répandant une odeur fétide, moins consistant que le pus, homogène, un peu gras au toucher, donnant sa couleur aux objets qu'il touche, mais pouvant en être détaché avec facilité. L'attention la plus minutieuse ne peut y faire découvrir aucune

matière molle ou solide en suspension. En pressant le testicule pour en exprimer ce liquide, une petite quantité de sang s'y mêla. Le testicule examiné, on peut reconnaître la source de ces trois liquides : le premier venait de plusieurs petites poches placées à la périphérie, le second de la partie moyenne, le sang paraissant être fourni par les extrémités.

Un filet d'eau ayant débarrassé cette surface des liquides qui s'y trouvaient, et après avoir disséqué avec soin les feuillets qui recouvrent la tumeur, voici ce que j'ai reconnu : à l'extérieur, on peut séparer deux feuillets fibreux assez épais, lisses, et adhérent par plusieurs points de leur surface correspondante, entre lesquels se trouve du côté droit un corps que l'on reconnaît bientôt pour l'épididyme parfaitement sain, pas même hypertrophié, auquel le cordon fait suite. Ce cordon lui-même est sain, le canal déférent est oblitéré. Le second de ces feuillets peut être facilement séparé par sa face profonde d'une autre surface lisse qui limite ce testicule. Ces deux feuillets ne sont autre chose que ceux de la tunique vaginale épaissis, qui, adhérent par plusieurs points seulement de leur face interne, circonscrivaient autant de poches dans lesquelles était contenue la sérosité que nous avons vu s'écouler.

Au-dessous de la troisième enveloppe se voit tout autour de la tumeur, dans l'épaisseur de deux à trois lignes, un tissu filamenteux jaunâtre, assez dense, mais pouvant encore se dévider dans plusieurs points; tissu que l'on reconnaît pour la substance du testicule recouvert par la tunique albuginée. Cette substance, refoulée à l'extérieur, forme ainsi une coque assez vaste dans laquelle se trouvait une masse morbide sur laquelle je vais maintenant appeler l'attention.

On y reconnaît trois parties distinctes, disposées symétriquement de l'un et de l'autre côté.

1°. A la partie moyenne, près du bord postérieur, un tissu

jaune-rougeâtre, avec des stries de sang et quelques portions grises ressemblant au cerveau d'un fœtus, ou au tissu cérébral ramolli que l'on trouve autour de certains foyers apoplectiques; exprimé entre les doigts ce tissu est gras au toucher. Au-devant de cette substance, derrière le bord antérieur, une trame fibreuse, blanchâtre, solide, dans laquelle se trouve le liquide jaune dont j'ai déjà parlé et qui parait se rapprocher de la fonte des produits tuberculeux.

2°. A la partie supérieure, un tissu érectile, dans les cellules duquel se trouve du sang liquide; ce tissu ne se déchire qu'assez difficilement.

3°. A la partie inférieure, substance grisâtre avec stries et gouttelettes de sang dans son épaisseur, s'écrasant facilement, grasse au toucher.

Cette tumeur est donc de nature cancéreuse, formée principalement par du tissu encéphaloïde, développé au milieu de la substance du testicule dont il a pris la place, et qu'il a refoulé à l'extérieur; peut-être aussi s'est-il développé à une époque antérieure des tubercules qui ne laissent plus que des traces douteuses de leur existence. Un point intéressant dans l'histoire de cette maladie, c'est que le développement d'une tumeur encéphaloïde et d'un cancer de la plus mauvaise nature, n'a produit de douleur à aucune époque de son existence, pendant une durée assez longue.

Anévrisme de l'aorte, par M. PERROCHAUD, interne des hôpitaux.

La nommée Giroux, âgée de soixante-trois ans, très-adonnée à l'ivrognerie, se plaignait depuis fort long-temps de malaise à la région précordiale et d'étouffements, qu'elle

attribuait à de fréquentes palpitations. Très-souvent elle se réveillait la nuit en sursaut et éprouvait alors des accès de dyspnée fort intense. Depuis quelques mois le malaise avait augmenté et elle était continuellement assoupie.

Le mercredi 13 janvier, malgré un malaise plus grand que d'ordinaire, elle entreprit une grande course ; mais à moitié chemin elle fut tout-à-coup prise d'un violent frisson, fit une chute et eut aussitôt une hémoptysie très-abondante (les renseignements pris après la mort apprirent que le sang était en caillots). Cette hémoptysie dura peu d'instants. On la conduisit chez son fils, où elle resta toute la journée. Le soir elle revint en voiture à la Salpêtrière, et à peine avait-elle fait quelques pas dans les cours de la maison, qu'elle chancela et tomba de nouveau ; l'hémoptysie se renouvela, mais comme la première fois elle ne dura qu'un moment. Transportée dans une des salles de M. Hourmann, on observe alors les symptômes suivants : orthopnée, face et lèvres livides, violacées, froid glacial des extrémités, sentiment de constriction à la région du cœur, pouls petit, mais de fréquence normale. (Pédiluves et mamelèves sinapisés.)

Le lendemain jeudi, l'hémoptysie ne s'était pas renouvelée ; respiration toujours anxieuse et bruyante, les extrémités n'étaient plus froides comme la veille et le pouls avait repris de la force et de la plénitude. La percussion donna un son très-mat s'étendant depuis la clavicule jusqu'à la base du thorax ; l'impulsion du cœur s'apercevait dans la même étendue.

M. Hourmann diagnostique une hypertrophie énorme du cœur (*cor bovinum*), avec engorgement hémoptoïque du poumon.

Saignée de deux palettes.

Mort à 6 heures du soir avec des symptômes d'asphyxie.

Autopsie 36 heures après la mort. — Un caillot qui égale presque le volume de deux poings réunis occupe la partie

supérieure gauche de la poitrine, où il s'est creusé une cavité qui s'étend jusqu'au diaphragme et dont les parois sont formées en dedans par le péricarde et le cœur, et en dehors par le poumon fortement refoulé et aplati le long des côtes; beaucoup de sérosité sanguinolente l'entoure lui-même, il est noirâtre. Quelques lames fibrineuses, étendues en membranes, rappellent les adhérences de la plèvre et présentent quelques traces d'organisation. D'ailleurs le caillot est lobulé comme le rein d'un jeune animal, il se trouve dans la cavité même de la plèvre. Au-dessous se trouve un autre caillot plus petit, mais séparé du précédent par le feuillet pulmonaire de la plèvre, qu'il a décollé dans une certaine étendue; ce dernier caillot est en dehors de la cavité de la plèvre et en contact immédiat avec le tissu du poumon.

Le cœur est d'un volume considérable, presque double du volume ordinaire; hypertrophie du ventricule droit; la cavité du ventricule était presque effacée; mais il faut tenir compte ici de la rigidité cadavérique. C'est sans doute à cette espèce d'hypertrophie qu'on a donné le nom d'hypertrophie concentrique. Les différents orifices ne présentent rien à noter; seulement l'orifice auriculo-ventriculaire droit semble présenter une insuffisance de la valvule tricuspide.

L'aorte, depuis son origine jusqu'à la naissance de la carotide gauche, présente une dilatation considérable; mais cette dilatation est uniforme. On voit çà et là à sa surface interne des plaques d'autant plus larges qu'on s'approche de l'anévrisme. Celui-ci commence au niveau de la carotide gauche par un orifice rétréci et à contour cartilagineux; l'artère sous-clavière gauche naît de la tumeur; elle ne présente, du reste, rien de remarquable.

La poche présente à peu près le volume du cœur. C'est surtout aux dépens du poumon gauche qu'elle est logée dans la poitrine. Aussi aucun des autres organes contenus

dans la poitrine n'a éprouvé de compression notable. A sa surface extérieure et dans la portion en rapport avec le poumon gauche, la tumeur présente un aspect rouge qu'on dirait inflammatoire, et qui n'est que le résultat de l'imbibition cadavérique. Les parois y sont considérablement amincies. Dans le même point existe une perforation large comme une pièce de cinq francs, à bords irréguliers, amincis, comme déchirés. Cette ouverture est en contact avec le tissu même du poumon, privé de plèvre dans toute la portion en rapport avec la tumeur anévrysmale; la surface interne de cette dernière, dans la partie qui avoisine la perforation, est remplie d'une quantité considérable de caillots stratifiés; les plus anciens sont intimement adhérents aux parois de l'artère, les plus superficiels sont complètement organisés, ils présentent une arborisation qui rappelle celle de l'arbre de vie dans le cervelet; le reste de la surface interne ne présente rien à noter, si ce n'est quelques plaques crétacées assez larges. L'ouverture de sortie présente une disposition analogue à celle d'entrée, puis l'aorte reprend son calibre ordinaire, mais présente encore des plaques qui deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne de la partie anévrysmatique.

La partie du poumon comprimée par la tumeur est condensée et complètement imperméable à l'air.

Cette observation me paraît remarquable sous plusieurs points de vue; sous celui du diagnostic, d'abord, je noterai l'insuffisance du signe admis par plusieurs auteurs, c'est-à-dire le battement simple de la tumeur, distinct des battements du cœur. Il est au moins très-difficile de percevoir ce battement de l'aorte, et on le conçoit quand on se rappelle qu'il est isochrome à la contraction ventriculaire; le premier bruit du cœur étant plus fort, absorbera nécessairement le bruit de l'aorte, et l'oreille ne percevra que le bruit qui répond à la contraction des ventricules. Il est vrai que l'impulsion se faisait sentir dans toute l'étendue de la ma-

tité; mais ce signe ne se rencontre-t-il pas dans toutes les hypertrophies un peu considérables du cœur? et d'ailleurs ne pourrait-on pas penser que l'engorgement hémoptoïque transmettant l'impulsion, la faisait percevoir dans une plus grande étendue?

La matité considérable a été expliquée par la présence d'un engorgement hémoptoïque. C'est ce que, du reste, l'autopsie a complètement vérifié.

L'aphonie, aussi indiquée comme signe des anévrismes de la crosse aortique, n'a pas été observée chez cette femme. Il est bon de rappeler qu'aucun autre organe que le poumon gauche n'était comprimé d'une manière notable; le nerf récurrent ne faisait pas exception.

Mais c'est surtout par la marche des accidents que cette observation est digne d'intérêt. N'est-il pas remarquable qu'une perforation aussi large n'ait pas donné lieu à une mort subite? et ne doit-on pas trouver la raison de cette singularité dans le rapport qu'affectait la perforation d'une part avec le poumon, de l'autre avec le caillot?

On peut aussi très-bien s'expliquer le peu de durée des hémopthysies par la prompte coagulation du sang.

Une autre particularité non moins intéressante, c'est la disposition du caillot extérieur à la cavité pleurale. La plèvre était décollée dans une certaine étendue, et elle coiffait ce caillot, qu'elle séparait ainsi de celui qui était contenu dans sa cavité. Cette disposition présente de l'analogie avec ce que Laennec, et depuis Guthrie, ont décrit sous le nom d'anévrisme disséquant.

Première colique de plomb, compliquée de fièvre et d'ictère; traitement de la Charité; péritonite; mort. Hydatides abscondées et rompues dans le foie, et engagées dans le canal cholédoque; détritits purulent dans l'intestin grêle. — Observation recueillie par M. CHARCELLAT, interne des hôpitaux.

Le nommé Leguey, âgé de cinquante-un ans, peintre en bâtiment, brun, assez robuste, de tempérament nervosobilieux, entre à l'hôpital de la Charité le 2 août 1856, dans le service de M. Rullier, salle Saint-Ferdinand, n° 30.

Cet homme n'a jamais eu de colique de plomb, ni de jaunisse, et mène une vie fort régulière. Il y a quatre à cinq ans, il a gardé sept mois *les fièvres*, dont il a été traité à l'Hôtel-Dieu; il y a dix-huit mois, il a reçu un violent coup de pied dans l'un des côtés, mais n'a point été indisposé à la suite; il y a un an, séjour de trois mois à l'Hôtel-Dieu, pour fièvre tierce devenue ensuite quotidienne. Depuis long-temps il est sujet à avoir des faiblesses, à se trouver mal.

3 août. Le malade est jaune depuis hier; pas de diarrhée ni vomissement chez lui; cependant il a vomi hier de l'huile d'olive qu'il avait prise d'après l'ordonnance d'un médecin, lequel avait diagnostiqué une colique de plomb.

Aujourd'hui, douleurs des jambes, grandes coliques, pas de selles; ventre sans tension, un peu douloureux; légère teinte jaune des sclérotiques; pouls assez fréquent et développé; peau un peu chaude et morte, langue humide, un peu blanche-jaunâtre; pas de vomissement, face non grippée.

Traitement de la Charité du premier jour : diète.

Le diagnostic porte : colique de plomb avec légère fièvre et ictère.

4 Août. — Toujours de la fièvre, pouls assez fort et fréquent; peau chaude, langue blanche, humide; hier, selles fréquentes après le lavement purgatif; il a eu aussi quelques vomissements; ventre douloureux; peu de soulagement.

Traitement du deuxième jour: bouillon, lait.

5 Août. — A peu près même état, a été souvent à la selle; pouls assez fort; la potion émétique a produit plusieurs vomissements; langue humide; moins de douleurs du ventre.

Traitement du troisième jour: bouillon, lait.

6 Août. — Ictère plus prononcée; pouls assez développé et fréquent; soif; langue blanche, jaunâtre, un peu rouge sur les bords, humide; quelques selles; ventre un peu développé, sonore, assez douloureux.

Traitement du quatrième jour: bouillon, soupe, lait.

7 Août. — L'état du malade avait été jugé le même que celui de la veille, et déjà le traitement du cinquième jour avait été prescrit, lorsque j'appelai l'attention de M. Rutlier sur de nouveaux symptômes qui firent changer la prescription.

Face grippée; ictère assez intense; peau chaude, un peu sèche; pouls assez dur et fort, un peu fréquent; langue blanche, jaunâtre, rouge sur les bords et à la pointe; matité normale de l'hypocondre droit, qui n'est pas douloureux; pas de douleur à l'épaule droite; ventre assez développé, sonore et douloureux; plusieurs selles hier, et nausées. — Fomentations émollientes, bain de siège, riz, gommé, demi-lavement amylicé.

Mort le 7 août à 6 heures du soir.

Autopsie le 8, à 10 heures du matin.

1°. *Teinte ictérique* assez prononcée.

2°. *Crâne.* — Arachnoïde un peu injectée; le cerveau, un peu petit, remplit à peine la cavité crânienne; la substance cérébrale est peu ferme, saine du reste.

3°. *Thorax*. — Plevres saines; la moitié inférieure des poumons est engouée; bronches remplies d'écume rosée, et leur muqueuse rouge, épaissie; cœur un peu gros, rempli de caillots en partie noirs et fibrineux, jaunâtres dans les cavités droites, noirs seulement dans les cavités gauches; pas de traces de pus, non plus que dans le tissu pulmonaire.

4°. *Abdomen*. — Tympanisé, sonore; à l'ouverture du péritoine il sort une grande quantité de gaz; cette membrane séreuse est généralement rouge, enflammée; offre en quelques endroits de fausses membranes pultacées, jaunâtres, molles, récentes, surtout dans l'hypocondre droit et les fosses iliaques; en outre, la cavité péritonéale contient quatre onces environ de sérosité jaunâtre, purulente, un peu consistante; vessie assez distendue par de l'urine; ratesaine; les reins, sains, contiennent assez de graisse, de couleur ictérique; intestins fort rouges à l'extérieur, assez distendus par un liquide grisâtre dans lequel flottent quelques mucosités jaunâtres, ainsi que des grumeaux d'un détritüs purulent.

Pas de matières fécales; la muqueuse intestinale n'est pas rouge; plaques ou glandes sans développement; vers la fin de l'intestin grêle existe de l'emphysème sous-muqueux, répandu par stries transversales, dans l'étendue de deux pieds environ.

Le duodénum est rouge-brun-verdâtre dans l'étendue de deux pouces, un pouce au-dessus et un pouce au-dessous de l'embouchure du canal cholédoque; cette portion de duodénum est un peu friable, à parois épaissies, et la muqueuse est piquetée en noir dans les orifices; des glandes mucipares; estomac sain.

Le canal pancréatique est assez dilaté, contient un peu de liquide laiteux, gris-blanchâtre; sa muqueuse épaissie, grise-jaunâtre; le pancréas lui-même est très-volumineux, injecté, friable; on y voit un grand nombre de points jaunes-verdâtres

plus ou moins ramollis, et même avec commencement de suppuration en quelques endroits; le foie, un peu volumineux, est recouvert de fausses membranes pultacées; une énorme hydatide monoloculaire, ayant trois pouces de diamètre, remplit le tiers moyen du lobe droit, en avant, où elle est à nu ainsi qu'à la face supérieure et inférieure; elle est parfaitement sphérique; ses parois assez épaisses, sont nacrées, d'un blanc opalin, peu consistantes, et le liquide qu'elles contiennent est transparent, clair et limpide comme l'eau de fontaine.

Le kyste qui environne cette poche solitaire est fibreux, assez épais, dur et résistant, fortement uni au foie; sa cavité est hérissée de fibrilles et en quelques points tapissée par une légère exsudation pultacée; elle n'offre pas un seul orifice de vaisseaux. Le foie ayant été coupé en plusieurs tranches, l'expression et divers mouvements nécessaires pour examiner cet organe font sortir par les veines sus-hépatiques et les canaux biliaires, en assez grande quantité, du pus jaune-verdâtre, crémeux. On trouve dans le tiers droit du lobe gauche un foyer hydatique purulent, assez grand pour loger un œuf de poule; il contient du pus jaune-verdâtre, des fausses membranes pultacées et des débris de *parois d'hydatides rompues*, dont les unes sont blanches nacrées, et les autres jaunes, verdâtres ou brunâtres; l'une de ces dernières est engagée, en partie, par un prolongement d'un pouce et demi de long, dans un large conduit biliaire à peu de distance de la racine gauche du conduit hépatique. On en trouve *une autre semblable*, longue de deux pouces et demi environ, dans les trois quarts inférieurs du canal cholédoque dilaté, dont elle a pris la forme. Le kyste fibreux, contenant ces acéphalocystes multiples, est fortement enflammé, ramolli et tapissé de couches pseudo-membraneuses jaunâtres, molles; et, chose bien remarquable, on voit à la surface de sa cavité un très-grand nombre d'ouvertures plus ou moins larges, qui, sui-

vies avec soin , conduisent la plupart dans des veines sus-hépatiques , et quelques autres dans des conduits biliaires dilatés.

La vésicule du fiel est distendue par de la bile verte , brunâtre , assez consistante ; ses parois sont épaisses , un peu injectées ; la muqueuse offre une altération assez rare ; elle est , en un grand nombre d'endroits , marquée de taches vertes-brunâtres , d'étendues et de formes différentes.

Dans ces points la muqueuse est ramollie ; on pense que ce sont de petites escarres de cette membrane , ainsi que du tissu cellulaire sous-jacent. On ne peut faire disparaître ces taches qu'en enlevant la muqueuse , qui cède facilement. En d'autres points cette lésion est plus avancée , et consiste en une véritable ulcération ; là , on voit que la muqueuse manque et a été enlevée comme par un emporte-pièce.

Un grand nombre de questions importantes se présentent à l'esprit après la lecture de cette curieuse observation ; mais je me bornerai à faire remarquer la singulière et rare disposition du kyste , qui renfermait les acéphalocystes du lobe gauche du foie , car il mérite de fixer l'attention sous plusieurs rapports.

En effet , sa cavité est remplie d'hydatides rompues , ses parois sont en suppuration , et offrent de larges ouvertures conduisant soit dans les veines sus-hépatiques , soit dans les *voies-biliaires* ; et dans *celles-ci* sont engagés des débris de parois d'hydatides.

Dans l'intestin grêle on a trouvé aussi des détritns purulents analogues à ceux contenus dans le foyer acéphalocystique , mais point d'hydatides ; nous n'avons pu savoir si le malade en avait rendu.

Il est à noter que malgré l'administration du traitement de la Charité pendant quatre jours , la muqueuse gastro-intestinale ne présentait aucune trace d'irritation.

Note communiquée par M. CHARCELAY, interne. — Colique et épilepsie suturines; mort. — Traces d'empoisonnement par le plomb; rougeur, saillie des glandes de Peyer et de Brunner, etc., etc.

Le nommé Grivel, âgé de seize ans, peintre en bâtiments, à cheveux rouges, d'un tempérament sanguin, se présente le 4 mai à la consultation de l'hôpital de la Charité, pour être traité d'une violente colique de plomb dont il est atteint depuis quelques jours. Il se plaint de constipation, de grandes coliques et de douleurs dans les membres; il a eu tout récemment deux attaques d'épilepsie. Le malade est admis à l'hôpital et ne prend jusqu'au lendemain qu'un peu de tisane commune; néanmoins sont survenues plusieurs attaques de nerfs avec écume à la bouche; perte de connaissance une grande partie de la journée.

Le 5 mai, à la visite du matin, il y a perte de connaissance, les dents sont fortement serrées, les yeux fermés, les pupilles d'égale dimension, contractiles, tantôt dilatées et tantôt contractées; le ventre est plat et dur; la peau chaude, le pouls fréquent et assez développé, la respiration stertoreuse; on ne peut faire boire le malade; il se roule quelquefois dans son lit d'une manière convulsive. — Tilleul édulcoré, potion gommée, huile croton gr. ij, 15 sangsues au cou, sinapismes.

Le même état persiste dans la journée; mort à deux heures après midi.

Voici les renseignements fournis par la mère du malade.

Le jeune Grivel travaillait depuis quatre ans dans la peinture sans en avoir jamais été incommodé; son père y a travaillé dix-huit ans, et un de ses frères treize ans, et ni l'un ni l'autre n'a eu une seule fois la colique de plomb.

Il y a deux mois et demi le jeune homme partit pour aller travailler dans un château, à la Ferté-Milon; après un mois et demi de séjour il ressentit quelques douleurs des membres, qui l'incommodaient surtout la nuit; il ré-

veillait son camarade à force de tourner dans son lit, soit volontairement, soit convulsivement. Vers le 20 avril, il eut des coliques assez fortes, ainsi que plusieurs autres ouvriers qui revinrent avec lui à Paris, le 25:

Le lendemain il eut, pour la première fois, une attaque de nerfs, avec écume à la bouche; il se mord violemment la langue; constipation; coliques; fréquentes envies d'aller à la selle, mais sans résultat. —Potion anti-spas modique, bain, 15 sangsues à l'anus.

Le lendemain, 27 avril, le malade est bien.

Le 3 mai, les accidents observés le 26 avril se renouvelent, et consistent de même en une attaque de nerfs avec écume à la bouche; coliques violentes, crampes, douleurs des membres, etc.

Autopsie le 6 mai, à dix heures du matin.

1°. *Tête*. —Les membranes du cerveau sont saines.

Cet organe n'offre rien de remarquable sous le rapport de son volume; il paraît remplir assez exactement la cavité du crâne; sa substance est très-ferme et un peu injectée; une légère quantité de sérosité citrine à peine rosée se rencontre dans les ventricules; il s'en écoule peu du canal rachidien; les sinus contiennent une quantité ordinaire de sang.

2°. *Poitrine*. — Le cœur est sain; un peu de sérosité citrine est épanchée dans le péricarde; un *emphyème interlobulaire* occupe toute la demie antérieure des poumons et tout le tissu cellulaire du médiastin antérieur. Les bronches n'ont pas été examinées.

3°. *Abdomen*. —L'estomac, le foie, la rate, sont sains; la vessie est contractée, petite et dure; quelques matières fécales dures se rencontrent dans le gros intestin, qui est sain, et fort peu dans l'intestin grêle; celui-ci offre quelques plaques rouges dues à une injection fine vers ses parties supérieure et moyenne; dans l'inférieure, la rougeur est plus vive, plus générale, et les plaques de Peyer ainsi

que les glandes de Brunner ont un développement très-notable : elles sont rouges et sont saillies au-dessus de la membrane muqueuse ; elles sont un peu ramollies ou plutôt friables, se laissent enlever assez facilement, quand on les racle avec l'ongle ou avec une lame de scalpel. Les glandes de Brunner sont tellement gonflées qu'elles ressemblent à de petites fraises dont elles offrent l'aspect granulé.

Les ganglions mésentériques sont fort développés ; on en voit un grand nombre qui offrent jusqu'à la largeur d'une pièce de cinq et même de dix sols ; ils ont la forme de lentilles très-renflées au centre, et présentent une couleur rosée.

Nécrose et carie du tibia du côté droit, chez un jeune homme de vingt-deux ans, suivies d'abcès en différentes parties du membre, ayant nécessité l'amputation. — Observation recueillie par M. ROCROUX, interne des hôpitaux.

Achille Faucon, âgé de vingt-deux ans, cocher de cabriolet, d'une constitution sèche et débile, fut pris vers le milieu du mois de mars dernier, sans cause connue, d'une fièvre très-vive, avec douleurs dans tous les membres ; cet état disparut au bout de trois jours, mais alors il commença à ressentir dans l'articulation tibio-fémorale du côté droit, une douleur contusive qui augmentait pendant la marche, qu'elle rendait très-difficile. Cette douleur céda d'abord à l'application de quelques sangsues et de cataplasmes ; mais cet amendement ne fut que de très-courte durée ; et bientôt la douleur reparut aussi intense qu'en premier lieu, et s'accompagna en outre d'une tuméfaction considérable de toute la jambe.

C'est dans cet état que le malade fut admis à l'Hôtel-Dieu, le 30 mars, douze jours après l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Alors la jambe droite était tuméfiée, oedémateuse, et douloureuse à la pression, depuis le genou jusqu'aux orteils ; la genou était le siège

d'une douleur continuelle très-vive; au-devant du tibia, dans l'étendue de son second quart supérieur, existait un peu de tuméfaction, avec une rougeur plus vive que partout ailleurs, et une douleur plus considérable; dans ce point il était facile de reconnaître de la fluctuation. Il y avait un peu de dévoïement, chaleur et sécheresse de la peau, avec fièvre continue. Le lendemain de son entrée, un bistouri plongé dans le point où existait de la fluctuation, donna issue à une petite quantité d'un pus de bonne nature, et permit d'apercevoir au fond de la plaie, la face antérieure du tibia dénudée. Dès lors la tuméfaction du membre diminua dans ses trois quarts inférieurs, persista dans le quart supérieur, où l'on vit bientôt se former deux abcès, à peu de distance l'un de l'autre; le premier à sa face interne, le second en dehors, au niveau de la tête du péroné. Ces abcès nécessitèrent, chacun, une incision qui fut immédiatement suivie d'un écoulement de pus considérable. En même temps on prolongea en bas l'incision faite, lors de l'arrivée du malade, au-devant du tibia, pour éviter le séjour du pus qui s'accumulait dans ce point, et ne s'échappait qu'avec peine. Le malade s'affaiblissait et maigrissait assez rapidement; il était toujours à l'usage d'une tisane de riz gommé, et d'un gros de quinquina; il mangeait le quart. — Vers le 10 avril on s'aperçut que le tibia commençait à noircir en divers points de la partie supérieure de la surface dénudée; tandis qu'à sa partie inférieure, c'est-à-dire dans le point qui avait été découvert plus tard, des bourgeons charnus, assez rares, mais rasés et d'un bon aspect s'étaient déjà développés; la suppuration était abondante et nécessitait un second pansement le soir. Depuis ce moment jusque dans les derniers jours du mois d'avril tout se passa assez bien, la suppuration s'écoulait facilement, et devenait de jour en jour moins abondante; l'état de l'os était toujours à peu près le même, tandis que la santé générale semblait sur le point de s'améliorer un peu. — Le 26 avril,

on remarqua un nouvel abcès d'un volume peu considérable au côté interne du tibia, à peu de distance au-dessous de l'articulation; un bistouri fut plongé dans ce point, et ne donna issue qu'à une très-petite quantité de pus. Le travail d'élimination de l'os malade commençait; on pouvait déjà, en percutant la partie dénudée, entendre distinctement un son semblable à celui que rend un pot fêlé. La peau était décollée dans une grande étendue, le long du bord externe du tibia. Rien de nouveau ne se passa dans l'espace de temps qui s'écoula entre cette époque et le milieu du mois de mai, si ce n'est que le dévoiement diminua un peu ainsi que la fièvre. Le décollement de la peau de la partie externe de la jambe, loin de diminuer sous l'influence d'une compression méthodique à laquelle on avait recours depuis son existence, augmentait toujours, et donnait lieu à l'accumulation d'une grande quantité de pus dans l'espèce de cul-de-sac qu'il formait; aussi fut-on dans la nécessité de pratiquer, le 12 mai, une incision dans toute la longueur du décollement, qui permit au pus de s'échapper librement; ce qui néanmoins n'amena point le recollement de la peau.

L'os restait toujours à peu près dans le même état, toujours recouvert de bourgeons charnus très-rares dans la partie inférieure de la surface dénudée, continuant toujours à rendre le son de pot fêlé de plus en plus distinctement; mais n'offrant encore aucune vacillation. La suppuration était toujours très-abondante, les plaies des côtés interne et externe de la partie supérieure de la jambe commençaient à se cicatriser; le dévoiement reparissait; la fièvre redevenait plus intense, surtout le soir; toujours avec sécheresse et chaleur à la peau; l'amaigrissement faisait des progrès sensibles. Bientôt un nouvel abcès très-considérable se forma au-devant de l'articulation du genou; il fut ouvert le 30 mai, et il s'en échappa un pus abondant qui sortait en plus grande quantité en pressant la partie inférieure de la cuisse, mais qui ne communiquait pas avec l'intérieur

de l'article. Dès ce moment, la suppuration devint de plus en plus copieuse, et la santé du malade se détériora davantage; la faiblesse et le marasme firent des progrès rapides; la fièvre redevint plus intense; tout, en un mot, semblait annoncer une mort prochaine; l'amputation du membre était la seule ressource, aussi fut-elle pratiquée peu de jours après (le 3 juin 1836).

A l'examen du membre, je trouvai les lésions suivantes : l'articulation du genou était dans un état de flexion qui persistait malgré la section des muscles par l'opération, et ne céda que lorsque ceux-ci eurent été coupés près de leur attache inférieure; la jambe et le pied avaient subi un amaigrissement notable; en pressant la partie externe du membre, on faisait sortir une quantité considérable de pus accumulé entre la peau et l'aponévrose jambière. Ce pus ne communiquait nullement avec le pus contenu dans l'articulation, non plus qu'avec celui de la partie inférieure de la cuisse. Ce dernier formait, dans l'étendue du tiers inférieur de ce membre, un énorme foyer situé entre le fémur, les différentes portions du muscle biceps crural, et le droit antérieur de la cuisse.

L'articulation contient environ une cuillerée à café d'un pus d'une couleur de lie de vin qui paraît ne dépendre aucunement du foyer dont nous avons parlé d'abord. La membrane synoviale est épuisée et rougeâtre; quant aux cartilages et aux parties ligamenteuses, ils ont subi dans leur valeur une altération qui paraît résulter du contact du pus sur leur surface.

Le tibia conserve son volume naturel. La partie articulaire de son extrémité supérieure, complètement saine comme les autres surfaces articulaires, est presque entièrement détachée du reste de l'os, auquel elle ne semble plus tenir à son côté externe qu'au moyen de son union avec la tête du péroné. Au-dessous de cette portion articulaire se rencontre l'extrémité supérieure de l'os, privée,

dans une longueur de deux pouces et demi à trois pouces sur les faces interne et postérieure, de la lame compacte qui est entièrement détruite, tandis qu'elle n'est qu'évidée et amincie sur la face interne. Les cellules de la substance spongieuse de cette partie de l'os sont agrandies, remplies d'une espèce de putrilage, et formées par des lamelles, amincies et extrêmement friables. Cette lésion règne dans toute l'épaisseur de l'extrémité supérieure du tibia, et nous a paru devoir être considérée comme produite par la carie. Du reste, cette partie était entièrement dépouillée de son périoste.

Le second quart supérieur du tibia m'a paru nécrosé dans toute son épaisseur; la lame compacte, dépouillée du périoste, noire, amincie, sortant du côté interne, et détruite en quelques points; cette portion de l'os, continue avec la partie décrite ci-dessus, forme un séquestre mobile, contenu en partie dans une gaine osseuse, qui monte plus haut sur la face postérieure que sur les deux autres faces et sur laquelle je reviendrai ci-après.

Le quart inférieur du tibia est intact dans presque toute son étendue, et recouvert par son périoste. A sa partie supérieure et à des hauteurs inégales, sur les trois faces, il présente une enveloppe de tissu osseux de nouvelle formation. Très-mince inférieurement, et d'autant plus épais qu'on l'examine plus haut, ce tissu se présente sous forme de filaments linéaires, durs, osseux, séparés par des sillons peu profonds, et offre à sa partie supérieure des productions osseuses, dures, comme globuleuses, ressemblant assez bien à des stalactites. Cette gaine osseuse est interrompue par plusieurs parties de substances qui permettent d'apercevoir la portion d'os nécrosée plus dure, plus épaisse, à sa partie supérieure, et surtout en arrière; elle adhère, dans presque toute son étendue, à l'os nécrosé sous-jacent, avec lequel elle semble faire corps sans qu'on puisse l'en distinguer supérieurement. C'est le prolongement de la même gaine qui contient dans sa cavité la partie inférieure du séquestre mobile de la moitié du tibia.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 17 (3^e SÉRIE) — (Janvier 1836),

révisé

PAR MM. GIRALDÈS, CHASSAIGNAC, CAZALÈS,
DENONVILLIERS, NIVET, DIDAY ET MERCIER.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Décembre et Janvier 1836.*

*Texture ancienne du fémur. — 2. Fracture du tiers supérieur du fémur.
— 3. Fracture du col du fémur. — 4. Altération tuberculeuse de la tête
de l'humérus. — 5. Étranglement interne. — 6. Phlébolites. — 7. Adhé-
rence des tendons du cheval.*

M. Stanski présente une fracture de la partie moyenne du fémur avec chevancement; sur ces pièces on remarque un amincissement assez marqué de l'extrémité inférieure du fragment supérieur, qui semble logé ou contenu dans une espèce de godet formé par l'élargissement du fragment inférieur, qui dans cet endroit, présente quelques points, nécrosés; des parties latérales s'avancent des deux côtés des prolongemens stalactiformes développés au milieu du tissu cellulaire intermusculaire, et qui semblent soutenir latéralement les deux fragmens.

M. Prestat montre une fracture de la partie supérieure du fémur; le fragment supérieur de l'os avait éprouvé un changement de direction, de telle sorte qu'il croisait angulairement le fragment inférieur qui n'avait pas changé de direction. Cette fracture était oblique de haut en bas, commençait au niveau du grand trochanter, pour se terminer à deux pouces à peu près au-dessous du petit trochanter; c'est à cette obliquité de la fracture qu'est due l'espèce de rotation éprouvée par le fragment supérieur; pendant la vie du malade, on avait essayé en vain de tenir les fragmens, en place mais son indocilité avait empêché la coaptation de la fracture.

M. Clavignez présente une altération tuberculeuse de la tête de l'humérus et de la cavité glénoïde correspondante; la surface articulaire est blanche, crémeuse, et offre d'une manière évidente des traces d'une altération tuberculeuse; le malade avait eu des abcès par congestion dans l'aisselle; l'examen de cette pièce donne lieu à quelques réflexions de la part des personnes présentes. *M. Lenoir* fait remarquer combien ces altérations sont importantes à noter, non-seulement par leur nature, mais aussi parce qu'elles donnent lieu à une déformation de l'épaule qu'on pourrait prendre pour des luxations anciennes.

M. Fleury met sous les yeux de la Société une pièce provenant d'une femme morte à la suite d'un étranglement interne; la portion étranglée de l'intestin forme une poche de la grosseur d'une pomme d'api; au point correspondant à l'intestin, la tumeur est entourée par une bride en forme de corde qui la comprimait fortement; cette bride était formée par une de ces adhérences anciennes qu'on rencontre sur les intestins des personnes, qui ont eu d'anciennes péritonites; il était impossible de pénétrer dans l'intérieur de la tumeur, soit par la partie supérieure ou inférieure de l'intestin. C'est à la partie supérieure ou duodénale que l'étranglement s'est effectué. Cette femme, âgée de 19 ans, entra à l'hôpital pour se faire traiter d'un chancre; huit jours après, elle fut prise de vomissemens bilieux qui furent calmés par l'administration d'un grain d'émétique; les vomissemens revinrent; il n'y avait pas d'évacuations alvines; on lui administra des lavemens purgatifs; la malade n'avait pas de fièvre, Cet état persista pendant quelques jours; on employa un traitement antiphlogistique; mais les symptômes continuent jusqu'à la mort de la malade les vomissemens stercoreux durèrent cinq jours; on n'a pas observé de point douloureux dans l'abdomen.

M. Nivet présente deux fractures du col du fémur par enfoncement la première de ces pièces est surtout remarquable en ce que l'enfoncement est complet; le col a été poussé en masse dans l'épaisseur du grand tro-

chanter dont la substance osseuse a été refoulée jusqu'à la lame externe de cette éminence; les parties fracturées étaient réunies au moyen d'un tissu fibreux d'apparence jaunâtre.

La seconde pièce est encore un autre enfoncement du col; ici le canal médullaire est très marqué; les parois qui le soutiennent sont amincies; il se prolonge dans l'épaisseur du col. Les mailles qui constituent le tissu spongieux sont aussi très dilatés; cette disposition a permis l'enfoncement qu'on observe sur la pièce présentée.

M. Chavignez montre des phlébolites trouvées dans une tumeur érectile de la partie interne et latérale du thorax. Ces productions offrent les plus grosses, le volume d'un gros pois. Sur des portions de la tumeur desséchée, on peut encore voir de petites granulations osseuses.

M. Maillet présente une adhérence des deux tendons fléchisseurs du pied du cheval; il y avait dégénérescence de la gaine fibreuse qui les tient en place, et hypertrophie du tendon perforant; cette altération avait donné lieu à une contraction des muscles, et obligeait le cheval à user la muraille antérieure du sabot, et le bourrelet producteur. Ces contractions sont facilement évitées en médecine vétérinaire toute les fois qu'on a recours à la section des tendons.

Enfoncement du col du fémur dans l'extrémité supérieure du fémur. Observation recueillie par M. NIVET, interne à la Salpêtrière.

Le 16 novembre 1836 est entrée, au n° 41 de la salle Saint-Michel, la nommée Hubert, âgée de 79 ans.

A la suite d'une chute sur la hanche gauche, cette femme n'a pas pu se relever, et on l'a transportée à l'hospice de la Salpêtrière.

Le lendemain 17, elle nous a offert les symptômes suivants : Raccourcissement du membre pelvien gauche, rotation du pied en dehors, élargissement de l'extrémité supérieure de la cuisse. Le raccourcissement est de 6 lignes environ ; on ne sent pas bien distinctement si le grand trochanter décrit le demi cercle accoutumé lorsqu'on imprime des mouvements de rotation à la jambe.

On place le membre pelvien sur un double plan incliné, et l'on applique des compresses imbibées d'un liquide résolutif, sur le lieu de la fracture.

Le 9 décembre, cette femme qui, depuis dix à douze jours, avait offert, à plusieurs reprises, des symptômes de délire senile, est tombée tout à coup dans un état de coma et d'insensibilité. Elle ne fait aucun mouvement lorsqu'on la pince, et si l'on soulève les bras, ils retombent lentement ; la respiration est stertoreuse ; on entend un râle trachéal bruyant.

Le pouls est fréquent, petit, assez fort ; les pupilles sont fortement contractées. Cette malade paraît encore entendre ce qu'on lui dit, mais elle ne tire point la langue lorsqu'on le lui prescrit. — Saignée de trois palettes, sinapismes aux jambes ; aucune amélioration. Mort.

Autopsie trente-six heures après la mort, le 11 décembre 1836.

Le cerveau est sain, offre la consistance ordinaire, mais il est congestionné, piqueté de rouge. Le cervelet et la protubérance ne paraissent point malades. Les poumons sont sains en avant; en arrière, et dans les deux tiers inférieurs, on trouve, à gauche, une hépatysation rouge tirant sur la couleur grise; le tissu du poumon est notablement ramolli dans cet endroit. Le droit offre une congestion considérable; mais son tissu, d'une couleur rouge foncé, conserve sa densité normale. Il existe dans les cavités pleurales une petite quantité de sérosité, et des brides cellulenses anciennes; aucune trace de pseudo-membranes récentes.

Les parties de l'intestin, qui ont été examinées, étaient saines.

Le tissu cellulaire de la région de la fesse, et de la partie supérieure de la cuisse gauche, est infiltré de sang; il en est de même des muscles qui environnent l'articulation coxo-fémorale.

Après avoir désarticulé l'extrémité supérieure du fémur, on voit : 1° que l'articulation est saine. 2° Que le col est raccourci, ce qui tient à ce qu'il s'est enfoncé en masse dans l'extrémité supérieure du fémur, dans une direction oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors; de manière qu'en arrière il est plus court qu'en avant, ce qui explique la rotation du pied en dehors; 3° Une section antéro-postérieure, pratiquée longitudinalement à l'union du tiers externe du fémur avec les deux tiers internes, tombe perpendiculairement sur le col, qui offre dans cet endroit onze lignes de diamètre dans le sens antéro-postérieur, et deux pouces verticalement. Une ligne ovalaire marque les limites de ce fragment qui conserve ses diamètres jusqu'à la lame qui forme la paroi externe du fémur; cette lame osseuse est détruite dans une petite partie de son étendue, mais le périoste est conservé. 4° L'extrémité supérieure

est divisée en deux fragmens par une fracture oblique de haut en bas et de devant en arrière ; c'est entre ces deux fragmens que le col se trouve enclavé. Le postérieur est constitué par les trois-quarts antérieurs du grand trochanter, le petit trochanter et la partie correspondante du fémur jusqu'à un ponce au-dessous de cette dernière tubérosité : ce fragment chevauche un peu sur le fragment antérieur. Le fragment antérieur comprend la presque totalité du corps du fémur, et le quart antérieur du grand trochanter ; il offre, en arrière, une surface oblique contre laquelle vient s'appuyer le fragment postérieur ; entre ces deux fragmens existe une excavation ovalaire qui reçoit le col du fémur.

5. Ces fragmens ne sont pas contigus ; ils sont séparés par un intervalle qui varie entre deux et trois lignes et demie. Cet espace est rempli par un tissu fibro-cartilagineux, mou, rougeâtre, demi-transparent, dont les fibres, qui vont directement d'une surface fracturée à l'autre, servent à unir assez solidement les fragmens l'un à l'autre.

Il en résulte que le col du fémur s'est enfoncé en masse, et non pas à la manière d'un coin, dans l'extrémité supérieure du fémur, qui a été divisé en deux fragmens, l'un postérieur, plus petit, qui ne tient au reste de l'os que par le tissu du col ; l'autre antérieur, qui comprend la presque totalité du fémur.

Presque partout le périoste est conservé. Il n'y a pas de col provisoire. Dans quelques endroits, le périoste est infiltré de lymphé plastique jaunâtre.

Fracture extra-capsulaire du col du fémur, avec commencement d'invagination. Note communiquée par M. NIVET, interne des hôpitaux.

La nommée Salarnier, âgée de 83 ans, est entrée à l'infirmerie le 17 septembre 1336.

A la suite d'une chute faite dans sa salle, cette femme a été transportée dans le service de chirurgie. L'élève qui a reçu cette malade nous a appris qu'il avait reconnu alors en elle l'existence d'une fracture du fémur, et qu'à l'époque de son entrée, elle n'offrait aucun symptôme d'affection encéphalique.

Le 18 au matin, nous avons trouvé cette femme dans un état de coma, avec insensibilité complète de la peau du bras droit, et presque complète de celle du reste du corps. Il y avait, en outre, paralysie musculaire du bras droit, et contraction légère. Les pupilles sont insensibles, le pouls naturel.

Mort à une heure du soir.

Autopsie le 20.

Avant de faire l'autopsie, nous avons constaté les phénomènes suivans : Raccourcissement du membre pelvien droit (6 lignes), le grand trochanter est plus rapproché de la crête iliaque que du côté opposé; le pied est tourné dans la rotation en dehors; on ne sent pas de crépitation pendant les mouvemens de rotation.

Un énorme foyer sanguin existe entre le grand et le moyen fessier; les autres muscles, qui environnent l'articulation, sont infiltrés de sang.

Le col du fémur, qui a la forme d'un coin très obtus, s'enfonce dans l'extrémité supérieure du fémur, dans la-

quelle il est un peu enclavé. Une portion du grand trochanter est fracturée, mais le périoste conservé, maintien les fragmens en contact ; il existe entre eux une petite quantité de sang coagulé.

Une quantité considérable de sérosité est accumulée sous l'arachnoïde cérébrale ; l'encéphale n'offre, du reste, aucune altération ; les poumons et le cœur paraissent sains.

Pour ce qui est des rapports de la tumeur avec les organes voisins, nous avons vu précédemment comme le sac, en remontant vers la partie supérieure du cou, avait déjeté à droite et en arrière le larynx et la trachée. Le corps thyroïde est considérablement atrophié.

Dans un des points des parois du kyste, qui avoisinent l'extrémité flottante de la clavicule gauche, on trouve deux déchirures séparées par une languette mince, qui font communiquer le kyste avec une troisième poche, non circonscrite comme la précédente, et située derrière les muscles pectoraux, en dehors des côtes et des muscles intercostaux. Celle-ci descend jusqu'au niveau de la cinquième côte ; elle n'est limitée qu'en avant et en dedans par les attaches des pectoraux ; en dehors, elle est en rapport avec l'aisselle, dont le tissu cellulaire est le siège d'une infiltration sanguine étendue à la fosse sous-scapulaire, et à la partie interne du bras, d'une part, et de l'autre au côté gauche du tronc ; ainsi qu'au membre inférieur, dans les points où nous avons précédemment signalé l'existence de larges ecchymoses.

Les poumons sont le siège d'une lésion que la liberté de la respiration ne faisait pas plus soupçonner que l'auscultation ne permettait de la reconnaître. Ils sont parsemés de tubercules miliaires à l'état cru, dont quelques uns des plus gros commencent à se ramollir, notamment au sommet du poumon droit. On trouve aussi çà et là plusieurs

lobules qui présentent des degrés divers d'hépatisation tant rouge que grise. Le tissu fibreux des bronches est hypertrophié; la muqueuse bronchique est rouge et enduite d'un liquide mucoso-purulent.

L'intérieur de l'estomac offre une multitude de plis saillans formés par la muqueuse ramollie : l'œsophage est rétracté, épaissi, décoloré.

Le foie est sain; seulement, la vésicule biliaire est remplie par un calcul qui a tout à fait la forme, le volume et l'aspect d'un bonbon de diabolin : le corps de la vésicule est exactement appliqué sur lui; son fond présente une sorte d'appendice à la cavité principale, une poche remplie de pus. Au point où ces deux cavités communiquent ensemble, on trouve des traces d'une ancienne ulcération de la muqueuse qui s'est cicatrisée, et est remplacée en ce point par un véritable tissu fibreux dense. A partir de ce rétrécissement, la muqueuse s'étend dans l'intérieur de la petite poche en formant des plis divergens. Celle qui tapisse la vésicule biliaire elle-même, et est en rapport avec le calcul, ne contient pas la moindre quantité de bile; sa couleur est d'un blanc légèrement jaunâtre. Le conduit cystique est manifestement rétréci; le conduit hépatique, au contraire, est énormément dilaté : je le pris d'abord pour la vésicule elle-même.

Bronchite couenneuse aiguë, expulsion de fausses membranes tubulées; guérison. — Observation suivie de réflexions, par M. P. CASEAUX, D. M. P.

Le nommé B., âgé de 29 ans, commis dans une maison de

commérte, entra à la maison de santé le 28 octobre 1833. Jusqu'à présent, nous dit-il, il a toujours joui d'une bonne santé; dans sa famille, qui est très nombreuse, personne n'a éprouvé de maladies de poitrine. A Paris depuis plusieurs années, il a toujours été bien nourri, a mené une conduite très régulière, et, à l'exception d'une petite toux, dont il était de temps en temps affecté, il n'a jamais éprouvé aucune incommodité. Depuis quelques jours, sa toux était devenue beaucoup plus opiniâtre; mais il n'avait pas cessé de travailler, lorsque, le 27 au soir il avait tout-à-coup éprouvé un malaise général, du frisson, de la céphalalgie; la toux était plus forte que d'habitude, revenait par quintes, et les quintes, qui étaient suivies de l'expectoration de crachats spumeux, parmi lesquels il avait remarqué quelques stries sanguinolentes. Du reste, il n'éprouvait de véritables douleurs en aucun point de la poitrine; seulement, les efforts de toux avaient déterminé une sensation de fatigue à la région sternale.

Le 29, à la visite du matin, les phénomènes sus mentionnés existent encore; nous remarquons seulement en plus une accélération notable de la respiration (30); celle de la circulation n'est pas aussi considérable; le pouls ne bat que 84, il est en même temps petit et mou; la peau, légèrement jaunâtre, est chaude, mais halitueuse; la face assez [fortement] colorée, les yeux injectés; la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre assez épais, mais humide; la toux est piquante, revient par quintes et est accompagnée d'un sifflement particulier: la percussion de la poitrine ne présente rien de particulier dans sa plus grande étendue; on remarque seulement une matité légère sous la partie inférieure et postérieure du poumon droit. Lorsqu'on ausculte le malade, on a d'abord de la peine à distinguer l'expansion vésiculaire; celle-ci est en effet marquée par un bronchus très bruyant que détermine

l'air expiré en passant dans les bronches; avec un peu plus d'attention, on distingue le bruit vésiculaire, quoiqu'il soit un peu plus faible que dans l'état naturel; il est presque insensible à la partie inférieure du poulmon droit, où nous avons noté la matité. Pendant la nuit dernière, le malade a été très agité; il a eu des quintes nombreuses toutes suivies d'expectoration abondante: les crachats peuvent être séparés en deux parties bien distinctes, une liquide, mousseuse, légèrement sanguinolente, occupant le fond du vase, recouverte par la seconde espèce d'écume très épaisse, exactement semblable à de la crème fouettée, au milieu de ce liquide nagent des lambeaux de fausses membranes très nombreux, et entièrement semblable, quand à la forme et à la consistance, aux fausses membranes du croup. Parmi ces concrétions quelques unes ont la forme d'un ruban aplati; leur largeur varie depuis deux jusqu'à cinq et six lignes, et leur longueur depuis six jusqu'à quinze; d'autres sont de véritables tubes ou cylindres creux de trois ou quatre lignes de diamètre, dans lesquels on peut facilement faire cheminer un stilet mince; ces petits canaux membranueux sont, à leur surface extérieure, lisses, polis et légèrement colorés par le sang; mais après être demeurés dans l'eau, ils deviennent blancs. Leur cavité est remplie par une mucosité spumeuse, semblable à l'écume qui recouvre les crachats. Leurs parois ont à peu près un tiers de ligne d'épaisseur et sont très résistantes; enfin, chose remarquable, quelques uns présentent des ramifications dichotomiques (Tisane pectorale, looch avec oxide blanc d'antimoine). Cette expectoration de fausses membranes nous engage à examiner l'arrière bouche et la partie supérieure du pharynx; aucune trace de concrétion, du reste la circulation n'était nullement gênée, la voix était naturelle, bien qu'un peu affaiblie par la fatigue, et la toux n'offrait aucun des caractères qu'elle a dans le croup, ce

qui prouve l'intégrité du larynx. Jusqu'au 2 novembre, les symptômes restèrent les mêmes, et le traitement ne fut pas changé : l'expectoration a toujours été de même nature. Le 21 octobre fut le jour où les tubes membraneux rendus par le malade ont été le plus nombreux et le plus remarquables quelques uns d'entre eux ; en effet, nous ont offert jusqu'à quinze à dix-huit lignes de longueur, donnant naissance à des tuyaux plus petits, qui eux-mêmes se ramifiaient en deux subdivisions principales, qui, divisées à leur tour, donnaient naissance à de nouvelles ramifications, de telle sorte que, sur un seul de ces tubes, M. Duméril, après nous avoir fait remarquer jusqu'à sept divisions successives, il était ainsi facile de se convaincre que ces fausses membranes, non-seulement tapissaient les gros troncs, mais s'étendaient encore jusque dans les petites ramifications de l'arbre bronchique. Tous les tubes que nous avons pu examiner dans leur état d'intégrité nous ont paru canaliculés ; il est donc probable que les plus petits qui nous ont échappé l'étaient aussi. Comment d'ailleurs, sans cela, s'expliquer la persistance des phénomènes de la respiration ? Ce même jour, les symptômes généraux n'avaient pas changé, l'auscultation faisait entendre un ronchus bronchique très prononcé, et parfois on distinguait sous les bronches un bruit particulier de soulèvement et d'abaissement qui paraissait produit par les débris de fausses membranes détachées et agitées par l'entrée et la sortie de l'air. Enfin, on distingué même, sans ausculter la poitrine du malade, un râle muqueux très prononcé, semblable à celui qui se manifeste chez les vieillards affectés de catarrhes avec expectoration difficile. Le 1^{er} novembre le malade se sent beaucoup mieux ; il ne rend plus une aussi grande quantité de fausses membranes ; la respiration est moins laborieuse, le pouls s'accélère (100 pulsations), il est plein, dur et développé ; la face est rouge et animée

(Saignée de deux palettes; du reste, même traitement).

Elle peut exister à l'état aigu, mais elle revêt bien plus fréquemment la forme chronique, soit qu'elle survienne pendant le cours d'une maladie chronique comme la phthisie, soit qu'elle existe seule et qu'elle se développe lentement.

Le 2, amélioration notable. Les crachats contiennent beaucoup moins de fausses membranes; on n'y remarque plus de tubes comme les jours précédents; ce ne sont plus que des rubans aplatis; le râle bronchique est moins prononcé. Le malade a eu pendant la nuit plusieurs selles liquides (Oxide blanc d'antimoine est remplacé par trois pillules styptiques; lavement laudanisé). Le 3, même état. Le 4, quelques flocons membraneux très petits existent à peine dans les crachats; mais ceux-ci sont beaucoup plus colorés par le sang, qu'ils ne l'ont été jusqu'à présent. Quelques-uns sont épais, mêlés de stries sanguinolentes, et adhèrent au fond du vase. La matité que nous avions notée les premiers jours en bas de la région postérieure du côté droit de la poitrine est aussi plus marquée, et l'auscultation fournit en cet endroit du râle crépitant (Nouvelle saignée de deux palettes, boisson gommeuse, julep diacodé). Point de douleur locale. Le 5, même état. Le 6, le râle crépitant a disparu. Persistance de la matité, absence du bruit respiratoire à la partie inférieure du poumon droit. Du reste, plus de fausses membranes dans les crachats, qui ne présentent plus qu'une légère coloration, et sont moins visqueux. Le pouls n'a que 66. Le malade demande à manger. (Deux bouillons). Les jours suivants, l'amélioration continue; plus de toux, de fièvre, ni de gêne respiratoire, et le malade sort le 12 novembre, en pleine convalescence.

Cette observation est excessivement remarquable sous plusieurs rapports. La nature de la maladie, sa marche

aiguë; sa terminaison si prompte et si heureuse, en font une des plus curieuses qui soit dans la science.

Bien que dans l'article publié le plus récemment sur la bronchite, on ait oublié de mentionner cette forme de l'inflammation des bronches, il n'est pas rare d'en rencontrer des exemples dans les auteurs. Aussi, sans avoir la prétention de résumer tous les faits de ce genre connus jusqu'à ce jour, je crois assez curieux d'en rappeler les principaux, d'autant plus que cela me fournira l'occasion de rappeler quelques-unes des opinions émises sur la nature de l'affection qui nous occupe.

D'après Morgagni (lettre 21^e), Hipocrate et Galien auraient observé une semblable expectoration. Mais dans les passages cités par Morgagni, je n'ai rien vu qui pût se rattacher d'une manière bien positive à l'affection dont il s'agit. Tulpus, dans la 12^e observation de son second livre, est le premier qui en ait parlé d'une manière bien précise: « Un jeune homme phthisique, dit Tulpus, chose qu'on admirera dans les siècles à venir, rejeta, dans un accès d'hémoptysie, une portion de l'artère pulmonaire de la longueur du petit doigt avec ses branches. » Dans l'observation suivante, il cite un autre malade qui cracha deux rameaux considérables de la veine pulmonaire. Zauser et Thomas Bartholin et autres, rapportent des faits semblables, et ont la même opinion sur la nature de l'expectoration. En 1697, M. Robert Clarck communiqua à la société royale de Londres un cas analogue, dans lequel, suivant l'expression de Lister, les ramifications expectorées, pourraient être regardées, en outrant l'expression, comme des polypes des poumons. En 1704, Lemery vit cracher à un malade des fibres blanches grosses comme le tuyau d'un plume de poulet, creuses et ramifiées, et qu'il croit être un polype formé dans quelque artère ou dans quelque veine du poumon. (*Histoire de l'Académie des Sciences*). Le docteur Nichols,

qui eut l'occasion d'observer un fait analogue, partagea un instant l'opinion de Lemery (*Transact. phil.* 1734). Enfin, le docteur Sambre écrivit, en 1727, à la société royale de Londres, pour lui raconter l'histoire d'un homme qui avait rendu par la toux un corps ramifié et membraneux qu'il considère comme un polype de la trachée-artère.

MM. Marcorelle et Barthès eurent occasion d'observer un fait des plus curieux. En 1762, une femme de Narbonne, atteinte d'une fluxion de poitrine, rendit par l'expectoration un corps ramifié de trois pouces de longueur. En l'examinant très attentivement, ils vérifièrent que non seulement ce corps était creux jusque dans les dernières ramifications, mais il trouvèrent encore à l'extrémité de ces ramifications des vésicules soufflées et remplies d'air qu'ils jugèrent être des cellules pulmonaires. Ils sont portés à croire que ce corps n'est autre chose que la membrane interne des bronches, détachée par érosion. (*Ac. des Sciences* 1762).

Telles étaient les opinions émises sur la nature de ces ramifications, lorsqu'un chirurgien nommé Lebœuf envoya à l'Académie royale de chirurgie ce qu'un homme avait rejeté par expectoration à la suite d'accidens survenus après avoir avalé une forte dose d'essence de thérébenthine. Au premier coup d'œil il semblait que ce fussent des ramifications vasculaires détachés du poumon; mais M. Luc, après avoir examiné la chose de plus près, pensa que ce n'était autre chose qu'une concrétion lymphatique qui avait séjourné dans les vaisseaux aériens (bronches) et s'y était moulée. Tel est, dit-il, la nature de toutes les expectorations de ce genre, désignées par les auteurs comme des portions des vaisseaux artériels ou veineux du poumon, des polypes, des poumons et de la trachée, enfin ces érosions prétendues de la membrane interne des canaux aérifères.

L'affection qui nous occupe peut donc être désignée avec juste raison sous le nom de bronchite pseudo-membraneuse. Sous le rapport anatomique, elle se rapproche beaucoup du croup; elle n'en diffère que par son siège, n'envahissant en effet jamais le larynx ni le pharynx.

Lorsque la bronchite pseudo-membraneuse se présente à l'état aigu, elle offre au début tous les symptômes du catarrhe aigu très intense; mais bientôt la gêne respiratoire augmente, et souvent la suffocation est imminente sans que cependant l'auscultation fasse reconnaître aucune lésion pulmonaire qui puisse expliquer l'état du malade. A une période plus avancée, on peut remarquer dans les crachats quelques fausses membranes blanches, ayant d'abord la forme de rubans aplatis, ou mieux encore de portions de cylindres, puis de véritables tubes dont quelques uns sont ramifiés. Dans cette seconde période de la maladie, la seule inspection des crachats pourrait faire croire à l'existence du croup, qui en diffère essentiellement par ses caractères physiologiques, l'absence complète de la toux croupale, ainsi que l'intégrité de la voix suffisent pour éclairer le diagnostic.

La bronchite commune aiguë, qui succède quelquefois à une pleuro-pneumonie (Guersent), donne elle-même bien plus souvent lieu à l'inflammation du poumon. La phlegmasie des gros tuyaux bronchiques se communique facilement aux ramifications les plus déliées, et parvient, quelquefois jusqu'aux vésicules pulmonaires, comme le démontre clairement le fait de MM. Marcorolle et Barthès, que nous avons cité. Alors l'inflammation produit dans les entrailles la même exsudation plastique que dans les bronches, et donne lieu à l'engouement, puis à l'hépatisation du poumon.

Quelque grave que soit la maladie qui nous occupe, les exemples de guérison ne sont pas très rares. Au milieu de

violens accès de suffocation, des malades sont parvenus à se débarrasser des concrétions qui obstruaient les voies respiratoires. Cette expulsion est accompagnée d'une hémorrhagie abondante (Tulpius, Morgagny, Lister, Samber, etc.); le plus souvent, au contraire, les crachats sont seulement colorés. Si pendant que cette expulsion a lieu on s'approche du malade, on entend dans les bronches un ronchus très prononcé, et en auscultant on peut facilement distinguer le bruit particulier produit par les mouvemens des parties détachées et agitées par l'air.

Parfois, l'expectoration des fausses membranes ne se fait pas, où bien est trop lente où trop imparfaite; d'autrefois les fausses membranes se renouvellent à mesure que leur expulsion a lieu, et dans ces cas les malades meurent asphyxiés. A l'autopsie, on trouve la cavité des bronches diminuée, la plupart de leurs ramifications entièrement obstruées par des tubes membraneux remplis eux-mêmes par des mucosités épaisses. On peut, à l'aide de quelques précautions, enlever de leur surface interne ces tubes membraneux et les suivre ainsi jusque dans leurs dernières ramifications. Ainsi Bunière raconte qu'il eut occasion d'ouvrir un enfant de cinq ans, mort d'une affection semblable. Après avoir ouvert la trachée, il y observa intérieurement une couche de matière glutineuse qu'il enleva d'une seule pièce, parce que depuis le larynx jusqu'aux extrémités des bronches, elle ne formait qu'un seul tuyau, qui s'en détacha sans peine et sans déchirer en aucune manière ni le tronc, ni les branches. Ce tuyau adhéraît à la trachée par de petits filamens très déliés, qui se rompirent très facilement (*Transact. philos.*, vol. 22, 1700) M. Hervez de Chegvin a présenté à l'Académie de Médecine, une concrétion membraneuse et ramifiée représentant exactement la totalité de l'arbre bronchique, sur

lequel elle était moulée. M. Bréussais, dans son cours à la Faculté, a montré une concrétion semblable.

Quelle est la nature chimique de ces fausses membranes? M. Donné, notre collègue, qui en a fait l'analyse, a conclu de ses expériences qu'elles étaient essentiellement composées d'albumine; et en cela, il est d'accord avec la plupart des observateurs.

Il est fort difficile de suivre aucune trace d'organisation vasculaire dans l'épaisseur des concrétions bronchiques. Cependant Scammering conservait, dit-on, dans son cabinet des pièces sur lesquelles on observait quelques linéaments vasculaires. M. Guersent (art. croup. *Dict. Méd.*), dit que dans certains cas de croup où il a trouvé la fausse membrane intimement adhérente à la face interne de la trachée, la membrane muqueuse offrait des points rouges qu'on ne retrouve pas lorsque la concrétion pelliculaire est flottante. Ces petits points pénètrent quelquefois dans le tissu même de la concrétion plastique, et ne sont pas le produit de simples taches sanguines, car elles paraissent, après la macération dans l'eau. Ces petits points sont sans doute le commencement de ces linéaments vasculaires que Scammering, MM. Albers, Guersent et autres ont eu l'occasion d'observer... Si l'on réfléchit que l'expectoration dont nous nous occupons est toujours accompagnée d'une hémoptysie plus ou moins abondante, que dans certains cas elle a été assez considérable pour inspirer seule de justes craintes, qu'enfin, en examinant les diverses observations, on voit que la quantité de sang rendu par le malade est en proportion du nombre, et surtout du volume et de la longueur des fausses membranes expectorées, on est naturellement conduit à conclure que la séparation de la concrétion dans la muqueuse bronchique ne peut se faire sans opérer la rupture d'une foule de pe-

tits vaisseaux sanguins dont le nombre varie suivant l'étendue de cette séparation. Nous serions donc portés à adopter l'opinion de Scämmering, lors même qu'il n'aurait pas fourni à l'appui des expériences directes; et nous croyons à l'organisation vasculaire de ces fausses membranes.

Le traitement de la bronchite couenneuse aigüe nous paraît devoir varier suivant l'époque de la maladie. Sans aucun doute qu'au début, lorsque l'affection se manifeste par tous les symptômes d'une inflammation bronchique des plus intenses, les antiphlogistiques proportionnés aux forces du malade ne doivent être mis en usage; mais à une période plus avancée, lorsque déjà les fausses membranes sont formées, que leur expectoration a commencé, il faut, comme l'a fait M. le professeur Duméril, dans le cas que nous avons cité, bien se garder d'avoir recours aux émissions sanguines, quelle que soit d'ailleurs l'intensité des phénomènes généraux. Oter du sang dans cette circonstance, c'est enlever au malade des forces qui lui sont si nécessaires! L'expectoration des concrétions ne se fait alors qu'à l'aide d'efforts excessifs auxquels le malade ne pourrait se livrer, si on l'avait préalablement affaibli par des saignées abondantes. Aussi, malgré l'anxiété du malade, la gêne respiratoire, malgré le sang que l'on remarquait dans les crachats, M. Dumévil ne fit pas extraire une once de sang. L'oxide blanc d'antimoine fut seul administré pendant presque tout le temps que dura l'expectoration; et ce ne fut que plus tard, lorsque l'inflammation abandonnant les bronches parut envahir le tissu pulmonaire, que M. Duméril autorisa quelques émissions sanguines. Les saignées, utiles dans la première période de la maladie, nous semblent nuisibles plus tard, à moins d'indications spéciales, comme, par exemple, l'extension de la phlegmasie au poumon. Dans cette seconde période, l'indication à remplir

est de favoriser l'expulsion des fausses membranes. L'oxide blanc d'antimoine a paru très utile dans le cas que nous avons observé. Les secousses d'un vomissement provoqué pourraient encore être avantageuses. On pourrait aussi faire inspirer avec fruit de la vapeur d'eau simple, ou imprégnée de différens balsamiques. L'administration du kermès, de l'oxymel scyllitique et des autres substances que l'on croit avoir la propriété de rendre plus liquide l'humeur bronchique, l'application de révulsifs; intestinaux et cutanés sont des moyens qu'il ne faudrait pas négliger, bien que leur effet ne soit pas aussi certain.

Nous renvoyons à une autre occasion ce que nous nous proposons de dire sur la bronchite couenneuse chronique.

Anévrisme de la crosse de l'aorte, tumeur considérable à la partie inférieure du cou, rupture de l'artère, formation successive de deux anévrisme faux consécutifs, le premier circonscrit, le deuxième diffus (observation recueillie par M. LEGUEY, à l'hôpital du Gros-Caillou, dans le service de M. Gasc).

Le 27 février 1836 a été reçu au n° 21 de la salle 3 des fiévreux, le nommé Grignon (Pierre), sous-officier vétérân.

Cet homme, âgé de 49 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin, a été long-temps exposé, pendant le cours de ses campagnes; à des alternatives fréquentes de privations et d'excès. Il n'a que rarement fait un usage immodéré de liqueurs fortes; mais il a

toujours usé largement du coït. Jusqu'à l'année 1829 il s'est toujours bien porté, et n'a jamais eu d'autre maladie que deux affections syphilitiques pour lesquelles on lui a fait suivre un traitement mercuriel.

En 1829, il fut atteint d'une pneumonie grave avec crachement de sang, dont il a été entièrement rétabli après six mois de convalescence. Depuis lors sa santé s'est parfaitement soutenue jusqu'au commencement de 1834. Pendant le cours de cette année, il entra à diverses reprises à l'hôpital, pour des douleurs sourdes qu'il ressentait dans l'épaule droite et la partie correspondante du cou. Ces douleurs, dont la nature fut jugée simplement rhumatismale, diminuèrent par l'emploi de linimens anodins, sans toute fois céder complètement. Mais vers le mois de septembre de la même année, elles se firent de nouveau sentir avec plus d'intensité; en même temps commença à paraître à la partie supérieure du sternum une petite tumeur accompagnée de pulsations isochrones aux battemens du poulx, et qui donnait à l'oreille appliquée sur la tumeur, la sensation d'un bruit de souffle très marqué. (Ce renseignement m'a été fourni par un chirurgien qui observait alors le malade). La nature de la maladie ne fut plus douteuse dès lors. Il n'était pas aussi facile de préciser son siège : plusieurs personnes pensaient qu'elle occupait le tronc brachio-céphalique; le plus petit nombre soupçonnait un anévrisme de la crosse de l'aorte. Quoi qu'il en soit, la tumeur, qui avait acquis un développement progressif avant la rentrée du malade à l'hôpital, demeura stationnaire après quelque temps de séjour, pendant lequel les moyens principaux mis en usage furent quelques saignées générales, les applications locales de glace pilée, le repos et un régime sévère. Après quatre mois de ce traitement, le malade, n'observant pas de changement notable dans son état, et n'éprouvant d'ailleurs ni douleur

vivé, ni même une gêne bien pénible, réclama instamment sa sortie, qu'on fut obligé de lui accorder. Il consulta depuis en ville quelques charlatans, dont l'un, attribuant avec lui les accidens qu'il éprouvait aux restes d'une ancienne maladie vénérienne, lui fit prendre plusieurs petites fioles qui contenaient un liquide d'un blanc argenté que le malade supposa être du mercure. Au reste, cette médication accéléra remarquablement la marche de la maladie, qui fit dès lors de tels progrès que le malade se vit contraint de rentrer de nouveau à l'hôpital, le 27 février 1836.

A cette époque, la tumeur avait acquis un notable développement : son volume égalait à peu près celui d'un gros œuf de poule : on la voyait saillir au-dessus du sternum, dont elle avait commencé à éroder l'extrémité supérieure : elle s'élevait vers le larynx qu'elle déjetait légèrement à droite et en arrière, et, faisant effort latéralement contre l'extrémité sternale des clavicules, les soulevait, surtout la *gauche*, et déterminait de ce côté dans l'épaule et le cou des douleurs sourdes très vives par moment. La consistance de la tumeur avait également augmenté; elle était dure; communiquait à la main appliquée sur elle une impulsion assez forte, mais sans dilation et contraction alternatives : l'auscultation n'y faisait percevoir aucun bruit particulier. Du reste, ni dyspnée, ni dysphagie remarquables : toux sèche légère, augmentation de l'impulsion du cœur, mais sans changement dans son rythme ni production d'aucun bruit anormal. Le doigt, appliqué sur la carotide primitive droite, recevait la sensation de pulsations très énergiques beaucoup plus fortes que celles que donnait l'artère du côté opposé. L'obstacle apporté à la circulation du sang dans ce vaisseau, par la pression qu'exerçait sur lui le larynx refoulé de ce côté par la tumeur, me parut pouvoir seul rendre raison de cette circonstance, qui me confirma pleinement dans l'opinion que la dilation anévrismale n'avait

pas son siège dans le tronc brachio-céphalique, d'autant mieux d'ailleurs que le cours du sang ne paraissait nullement gêné dans l'autre branche de ce tronc, et que le pouls était parfaitement égal aux deux bras ; ce qui, dans l'hypothèse d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique, n'aurait certainement pas existé ; car, au point où en était venu la maladie, avec la présence d'un coagulum aussi volumineux que celui qui devait remplir la cavité anévrismale, il était inadmissible que l'artère fût encore susceptible d'exécuter des mouvemens alternatifs de contraction et d'expansion, et partant, qu'on observât de semblables mouvemens dans la carotide, tandis que d'autre part on n'observait pas quelque différence marquée entre les deux artères radiales.

Quelle importance qu'eût cette question sous le rapport du diagnostic, elle ne modifiait nullement au reste l'indication thérapeutique. La réduction du régime alimentaire, l'abstinence complète de vin, les tisanes gommeuses, les potions avec la teinture de digitale, qui fut également employée en frictions sur la région précordiale, suffirent pour amender les symptômes. Les douleurs de l'épaule gauche et du cou persistèrent malgré l'emploi des linimens opiacés.

Les choses restèrent dans cet état jusque vers les premiers jours de mai. A cette époque, la tumeur avait le volume d'une orange et la dureté de la pierre. Elle débordait la surface extérieure du sternum, et avait atteint supérieurement le niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, dont on sentait la corne supérieure droite en arrière du sterno-cleido-mastoïdien soulevé.

Tout à coup la tumeur, sans cause bien appréciable, devient plus douloureuse, surtout à gauche ; son volume semble augmenter en ce sens, la peau est plus tendue, brisante, douloureuse. Le tiraillement qu'éprouvait le ma-

lade dans le cou et les épaules devient de plus en plus pénible, et les bras, le gauche notamment, perdant tous les jours de leur force, ont peine à soutenir le tronc. Parfois les douleurs de l'épaule et les engourdissemens du bras se calment un instant pour se reproduire bientôt avec une intensité nouvelle : la nuit, elles ne permettent au malade qu'un sommeil léger fréquemment interrompu. Diminution de la quantité des alimens (1/2 petit pain pour toute la journée, œufs au lait, pruneaux, diète de vin), eau gommeuse, looch, gruau lacté, frictions avec la teinture de scille et de digitale sur la région du cœur; deux pilules de cynoglosse pour le soir.

Cependant la tumeur faisait de rapides progrès ; elle s'étendait de jour en jour vers le moignon de l'épaule gauche, en empiétant peu à peu sur la longueur de la clavicule, que je voyais avec surprise s'user et être résorbée aussi promptement. Les symptômes s'aggravent proportionnellement. La respiration commence à devenir moins libre : en appliquant l'oreille sur le larynx et la portion de la trachée que la tumeur laisse encore à découvert, on perçoit une sorte de ronflement, un bruissement particulier signalé par Corvizart. Au reste, l'air ne pénètre pas avec plus de difficulté dans une branche que dans l'autre; on entend des deux côtés de la poitrine du râle ronflant mêlé de râle muqueux. La voix devient gémissante et s'affaiblit légèrement. Par moment se produisent des accès d'une toux rauque, déchirante, que le malade cherche en vain à retenir, et pendant laquelle il porte la main sur la tumeur pour lui servir de soutien. Cette toux amène parfois, à la suite d'efforts pénibles, quelque crachats muqueux assez épais. Il est impossible au malade de rester couché sur le dos sans qu'il survienne une suffocation imminente ; il se tient constamment assis, la tête penchée en avant, ou bien encore sur le côté droit, la tête soutenue sur un

traversin dans une position parfaitement horizontale. Quelle que soit d'ailleurs la position qu'il affecte, les douleurs sont excessives; il éprouve une sensation de brûlure dans le dos; dans d'autres momens, il lui semble qu'il a la poitrine déchirée par des chiens. La déglutition, qui jusque-là n'avait été nullement gênée, devient plus pénible; le malade n'avale sa salive qu'avec difficulté. Quant aux jugulaires, la compression qu'exerce sur elles la tumeur n'entraîne aucun trouble dans la circulation cérébrale. Il n'est pas de même du plexus brachial, dont la compression amène un engourdissement douloureux, et un affaiblissement notable du bras gauche que le malade ne peut soulever, et qui n'est plus capable de soutenir le poids du corps.

Au milieu de ces angoisses, le malade, ne pouvant se faire illusion sur la gravité de son état qu'il voyait empirer de jour en jour, réclamait instamment l'emploi de médicamens nouveaux. Le sirop de salsepareille ne pouvait manquer, selon lui, de lui procurer quelque soulagement: on lui en laissa prendre une dose de deux onces pour le satisfaire; le lendemain, augmentation marquée des symptômes. On observe en un point de la tumeur une teinte jaunâtre, comme exchymosée, qui, les jours suivans, augmente d'étendue et devient plus foncée. L'anxiété redouble, l'insomnie est complète, et les douleurs intolérables au point que le malade cherche à se détruire en se donnant plusieurs coups de rasoir qui ne pénétrèrent pas à une grande profondeur, et n'intéressèrent même pas les parois du sac. Pour calmer ces symptômes, ou plutôt pour ne pas paraître abandonner le malade sans secours, on pratiqua une saignée de dix onces, qui procura un soulagement léger, mais peu durable; car dès le lendemain l'oppression redouble et s'accompagne d'une sensation de déchirement au pourtour de la tumeur. La dysphagie persistant toujours, l'affaiblissement va en croissant; le malade ne peut

soutenir sa tête qu'appesantit à chaque instant le besoin d'un sommeil non satisfait; et sans cesse interrompu par la douleur et la gêne de la respiration.

Le 5 juin, sensation subite d'une douleur très vive au-dessus du mamelon gauche, et formation presque instantanée d'une tumeur assez volumineuse qui s'affaisse en s'étendant vers l'aisselle, en même temps que surviennent de larges exchymoses en différents points de la peau du même côté. La dyspnée est à son comble; impossibilité absolue d'avaler quelques gorgées de bouillon: le malade ne peut supporter d'autre position que la station assise, le menton enfoncé pour ainsi dire dans la tumeur. Il meurt le lendemain 6, entre les mains des infirmiers qui le soutiennent.

Autopsie 22 heures après la mort.

Etat extérieur. — La tumeur est légèrement affaissée, un peu ridée à sa surface; elle est irrégulièrement ovoïde, bosselée, étendue verticalement de la base du larynx à un peu moins de deux pouces au-dessus d'une ligne qui joindrait les deux mamelons transversalement, de l'articulation sterno-claviculaire droite jusqu'à l'acromion du côté gauche, et obliquement de ce même point jusqu'au creux axillaire. La clavicule droite, soulevée à sa partie interne par la tumeur, fait une saillie remarquable au-dessous de la peau; la gauche a complètement disparu; on ne distingue plus que la portion comprise entre l'acromion et l'apophyse coracoïde. Au côté gauche de la tumeur on voit une plaie longue d'un pouce et demi, peu large et peu profonde, oblique de haut en bas et de gauche à droite; à son pourtour, et notamment vers sa partie inférieure, on remarque des traces d'une infiltration sanguine. D'autres exchymoses existent vers l'aisselle et la partie interne du bras, au côté gauche de la base du thorax, où elles forment une sorte de demi-ceinture; au niveau de la fosse iliaque

et à la fesse gauche, enfin au pénis et à la partie interne de la cuisse du même côté.

Intérieur de la tumeur. — Pour examiner plus à l'aise les rapports de la tumeur avec les organes voisins, on enleva toute la paroi antérieure du thorax, avec les clavicules et l'articulation scapulo-humérale du côté gauche. Les parties molles constituant la tumeur ou ayant avec elle quelque rapport important furent également séparées du tronc, conjointement avec les parties osseuses.

Le cœur n'offre aucune modification remarquable soit dans son volume total, soit dans la capacité partielle de ses cavités (l'oreillette droite seule est dilatée et amincie); soit dans l'épaisseur de ses parois; il est flasque et vide de sang; sa membrane interne se détache facilement de la unique musculouse, surtout dans le ventricule droit.

L'aorte ascendante présente, indépendamment d'une dilatation générale qui va en augmentant jusqu'au niveau de sa crosse, plusieurs dilations partielles : 1° au côté droit et antérieur de l'artère, un demi-pouce au-dessous de l'origine du tronc brachio-céphalique, on rencontre une dilatation partielle en manière de doigt de gant, capable de loger une grosse noisette. Cette poche, dont la coloration brune ressort davantage sur le fond blanc de l'artère, offre du côté de sa cavité une disposition analogue à celle que présente à face interne des ventricules, disposition due à l'inégale écartement des fibres de la tunique musculouse. La dilatation porte évidemment sur les trois tuniques de l'artère. 2° Plus haut, entre le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive gauche, existe une seconde dilatation énorme, qui constitue la tumeur principale, et sur laquelle nous allons revenir tout à l'heure. 3° Quelques lignes au-delà, dans l'intervalle étroit qui sépare les artères carotide et sous-clavière gauches, on trouve une troisième dilatation

assez considérable. La portion descendante de l'aorte présente, comme la portion ascendante, une dilatation générale, mais beaucoup moins prononcée, avec plusieurs dilatations partielles dont l'une, peu saillante, est remarquable par l'étendue de sa base.

La face interne de l'aorte offre les traces d'une dégénérescence déjà fort avancée. Dans sa portion ascendante, sa coloration est comme marbrée, son front grisâtre est parsemé de petits points rouges disséminés çà et là de quelques points couleur d'ocre et enfin de plaques nombreuses plus ou moins petites d'un blanc jaunâtre, situées au-dessous de la membrane interne de l'artère, et dont aucune n'est ossifiée. Dans la portion descendante existe une rougeur livide plus uniforme de la membrane interne, qui est ridée, parsemée, comme dans la portion ascendante, de plaques cartilagineuses, dont quelques unes ont subi un commencement d'ossification.

C'est ici le lieu de signaler un effet remarquable de cette dilation de l'aorte descendante sur la direction de la portion du rachis avec laquelle elle est en rapport. Par suite de l'inflexion qu'elle a déterminée, la colonne vertébrale forme, à partir de la troisième vertèbre dorsale jusqu'à la dixième, une courbure à concavité dirigée à gauche et prononcée au point qu'en menant une ligne verticale le long de la partie droite du corps de vertèbre dorsale, cette ligne passe presque entièrement au côté gauche de la cinquième. Le corps des ces vertèbres est d'ailleurs parfaitement sain; il ne présente ni carie ni usure; mais celui des troisième, quatrième et cinquième, et notamment de la quatrième, offre cela de remarquable qu'il est si peu étendu en largeur qu'il constitue une sorte d'arête formée par la réunion de deux plans obliques. Une autre cause a dû également contribuer pour sa part à cette incurvation du rachis : je veux parler de la position inclinée à gauche que le déve-

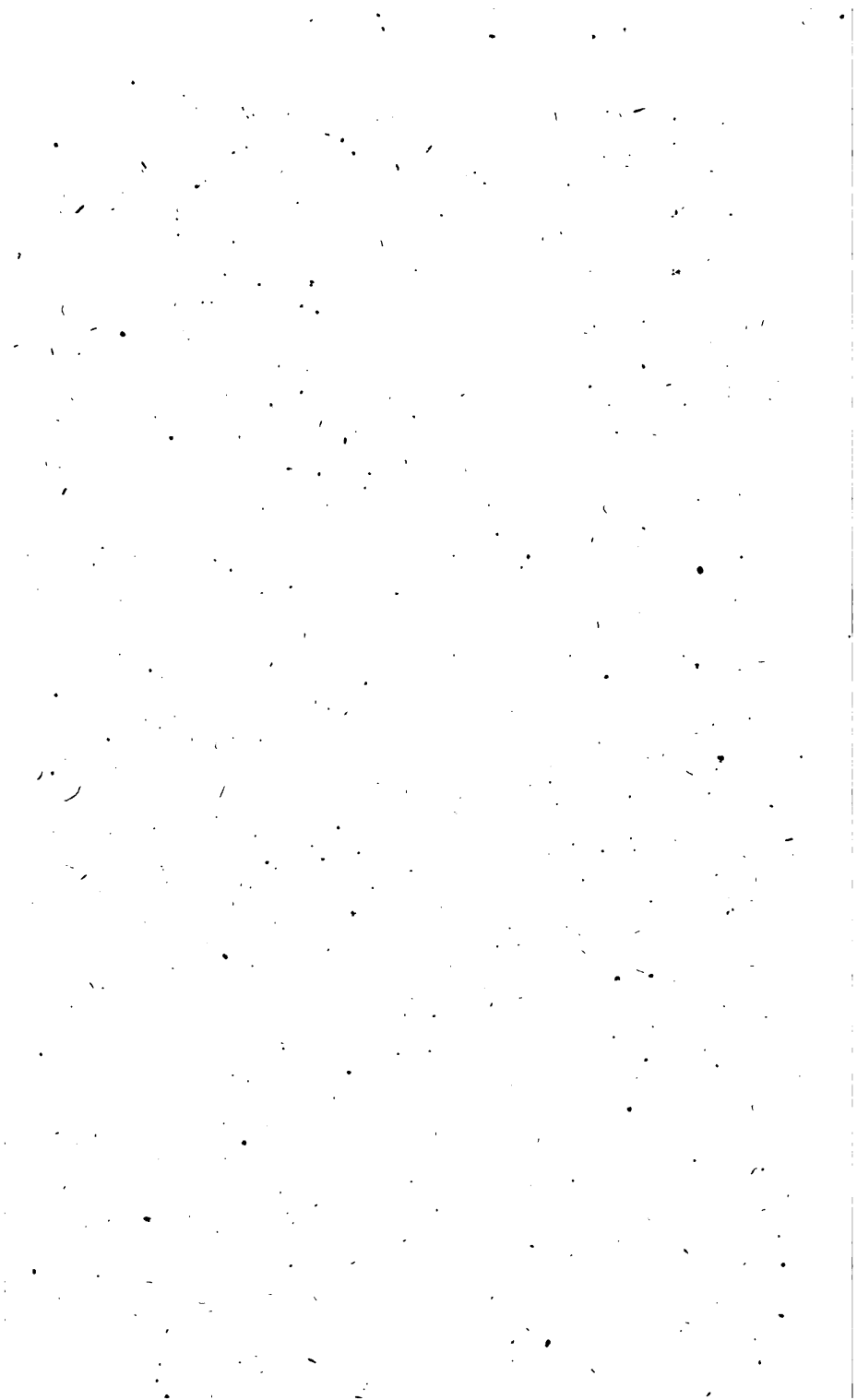
loppement excessif de la tumeur forçait le malade à garder constamment.

J'ai dit que la dilatation la plus considérable se rencontrait à la partie supérieure et un peu antérieure de la crosse de l'aorte, entre le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive gauche. Cette dilatation représente assez bien une moitié de sphère creuse d'un ponce et demi de diamètre. L'étendue de sa base peut égaler un peu plus du tiers de la circonférence du vaisseau. Elle est saillante à l'extérieur de la poitrine, à la partie supérieure du sternum qu'elle a érodé en forme de demi-croissant à concavité dirigée en haut, dans une étendue de plus d'un ponce. Une portion de la circonférence de sa base adhère intimement aux bords de cette surface rugueuse : le reste de son pourtour est libre ; sa cavité est occupée par un énorme caillot formé de couches fibrineuses superposées, qui bouchent comme une sorte de tampon une ouverture large, irrégulièrement arrondie, occupant la partie la plus saillante de la poche anévrysmale. Cette ouverture, résultat d'une rupture simultanée des trois tuniques de l'artère, causée soit par une distention excessive à laquelle ses parois ne pouvaient plus se prêter, soit, ce qui est plus probable, par une véritable perforation de ces parois par l'extrémité interne de la clavicule droite que la tumeur a usée en forme de pointe rugueuse; cette ouverture, dis-je, établirait une communication facile entre l'artère et un kyste formé aux dépens de sa gaine celluleuse, sans la disposition du caillot fibrineux dont nous avons parlé, et dont les couches extérieures sont assez intimement adhérentes au pourtour de l'ouverture pour ne permettre qu'une effusion lente du sang hors de la cavité artérielle. C'est grâce à cette circonstance que la rupture de la poche anévrysmale n'a pas amené une hémorrhagie mortelle, et n'a eu d'autre effet que l'infiltration d'une certaine quantité de sang dans le tissu cel-

lulaire voisin. Ajoutons à cela que, dans l'hypothèse qui me semble très vraisemblable de la perforation du sac par l'extrémité pointue de la clavicule, l'ouverture devait se trouver bouchée par cet os, dont elle embrassait exactement la circonférence.

Quoi qu'il en soit de cette explication, l'épanchement gradué du sang hors de l'artère a déterminé la formation lente d'un kyste parfaitement circonscrit, étendu de haut en bas depuis le niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'à celui de l'articulation de la deuxième côte avec le sternum qui se trouve ainsi débordé par la tumeur dans son point le plus déclive : transversalement, il comprend toute la longueur de la clavicule jusqu'au point où s'insère le muscle sous clavier. Cet os, jusqu'à la limite que nous venons d'indiquer, est entièrement renfermé dans le kyste; il est complètement dépouillé des parties molles auxquelles il fournit des points d'insertion: le ligament costo-claviculaire est tout-à-fait détruit, et la clavicule isolée, libre de toute adhérence, paraît comme flottante au milieu du kyste qui la contient. Celui-ci renferme en outre une notable quantité de sang coagulé dont l'aspect diffère suivant qu'on l'examine plus ou moins près du lieu où s'est effectuée la rupture de l'artère. Dans la partie la plus éloignée, c'est une sorte de gelée noirâtre, peu consistante. A mesure qu'on se rapproche de l'ouverture artérielle, il devient plus dense, et enfin lamelleux et de même aspect que celui qui occupe la cavité artérielle elle-même. Il adhère à celui-ci à travers la solution de continuité de la poche anévrismale qui, dans le reste de son étendue, constitue une sorte de diaphragme perforé placé de champ entre les deux caillots : ce diaphragme est très friable : celle de ses faces qui regarde la cavité de l'aorte est inégale, ridée; on voit, après avoir détaché les lames fibrineuses qui la tapissent, sa continuité évidente avec la paroi du vaisseau. Quant

aux parois de ce kyste, elles sont constituées par le tissu cellulaire voisin condensé, et fortifiées en outre par différens muscles étalés sous forme de membranes minces qui leur adhèrent ou glissent au-devant d'elles pour aller gagner ceux de leurs points d'insertion qui n'ont pas été envahis par le progrès de la tumeur. Ces muscles sont : en avant le peaucier, le sterno-mastroïdien, le grand pectoral : en arrière, le sterno-hyoïdien et le sterno-thyroïdien ; en bas, le sous-clavier ; en dehors, le trapèze, les scalènes et l'omoplat hyoïdien qui seul conserve encore à peu de chose près sa forme et sa direction accoutumées.



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 18 (3^e SÉRIE) — (Février 1837),

COMPTE RENDU

DES

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE,

PENDANT L'ANNÉE 1836;

PAR M. GIRALDÈS, SECRÉTAIRE.

Messieurs,

L'histoire de la société anatomique offre dans les différentes phases de son existence deux périodes bien distinctes : la première, depuis sa création par *Dupuytren* jusqu'à l'époque où elle s'arrêta pour un moment ; la seconde, après sa reconstitution par notre président actuel jusqu'aujourd'hui. A chacune de ces époques, fondée par le besoin du travail et de la science, formée de jeunes hommes pleins d'ardeur et de zèle, la Société anatomique ne cessa un instant de poursuivre la marche qu'elle s'était tracée ; fidèle au titre qu'elle s'est donné, elle examinait avec rigueur et sévérité les faits qui lui étaient soumis, et montrait que la science des maladies ne se résume point dans une énumération sèche et aride de signes ou de caractères, mais bien dans une appréciation judicieuse des faits, dans

l'examen des rapports qui les lient entre eux, dans les conséquences générales qui en résultent, et dont l'ensemble constitue la science pathologique.

Les altérations morbides les plus rares et les plus insolites ont été vues et examinées par une grande partie de ses membres; tous les ans les mêmes richesses semblent se donner rendez-vous pour ainsi dire au sein de la société anatomique, et fournissent à chacun de nous d'abondantes et riches moissons.

Il est difficile de trouver un ordre dans lequel on puisse vous soumettre d'une manière logique le cadre résumé de ces travaux : ce serait avoir résolu le problème d'une classification anatomo-pathologique.

L'anatomie normale et l'anatomie pathologique sont tour à tour le sujet de vos occupations : l'une est le flambeau de l'autre, sans lequel il lui serait impossible de continuer l'examen des nombreuses altérations qui labourent nos tissus.

Anatomie normale et Variétés anatomiques.

De tous les genres de recherches, les travaux anatomiques sont ceux qui demandent le plus de temps et de patience pour arriver à un résultat définitif; c'est aussi à cela que nous devons cette lacune qui, tous les ans, existe dans le compte-rendu de vos travaux. Les variétés anatomiques occupent, au contraire, presque toujours un espace plus étendu, et viennent élargir notre cadre. Nous suivrons, dans cette exposition, l'examen des appareils dans l'ordre de leur importance anatomique et physiologique.

Le système nerveux est le premier qui se présente; le rôle important qu'il remplit dans toute la série des êtres organisés animaux, lui a dévolu à juste titre la place élevée qu'il occupe.

Parmi les anomalies de ce système que vous avez eues à examiner, nous devons noter une atrophie ou diminution congénitale des lobes antérieurs du cerveau et de presque tout l'hémisphère, que vous a montré M. Parise. Cette disposition du cerveau avait donné lieu à un aplatissement assez marqué de la région frontale; vous avez vu, dans ce fait, que si le système nerveux est le régulateur du système osseux; s'il le force, pour ainsi dire, à se modeler sur lui, cette circonstance cependant ne justifie pas les doctrines qu'on a voulu élever sur ces faits, doctrines qu'on a poussées dans ces derniers temps jusqu'à l'exagération ridicule.

M. Landoury vous a montré aussi un cas d'absence de la substance blanche de la cloison transparente.

M. Chassaignac vous a fait voir une anomalie des ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique; dans cet exemple, ils étaient doubles. Une seconde anomalie consistait dans une anastomose entre le nerf pneumo-gastrique et glosso-pharyngien, immédiatement à sa sortie du crâne; une tasse nerveuse était formée par deux filets qui du premier de ces nerfs se rendaient au second.

Si les anomalies du système nerveux sont rares, il n'en est pas de même de celles du système vasculaire. Cependant, il en est qui, par leur rareté, méritent d'être signalées: dans ce nombre, nous croyons devoir placer les cas qui ont été présentés par MM. Behier et Gueneau de Mussy: l'exemple de quatre valvules à l'artère pulmonaire.

Les déformations nombreuses dont le système osseux est le siège, occupent aujourd'hui une place assez importante dans les cadres anatomiques; à ce titre, nous vous rappellerons l'exemple montré par M. Andral: il y avait un raccourcissement inégal des deux humérus: l'un avait la moitié de la longueur ordinaire, et le second un tiers moins; les avant-bras, par contre, avaient augmenté de longueur. Les partisans des idées philosophiques rencontreraient dans

ce cas un exemple tendant à confirmer l'opinion que, dans la série des dispositions des pièces dont le membre supérieur est composé, l'humérus est le premier os qui obéit à cette loi.

M. Charcelay a soumis à votre examen un exemple remarquable de pieds-bots; il y avait absence du scaphoïde et des trois os cunéiformes. Par suite de cette disparition, le pied n'avait plus sa forme naturelle; il était convexe, son bord interne un peu relevé; l'os cuboïde formait une saillie très-grande, et devenait le point principal sur lequel le pied s'appuyait. De l'autre côté, la forme du pied était plane; mais aussi il n'y avait que deux os cunéiformes de moins.

A côté de ce fait se place un autre cas que M. Després vous a montré, une absence des os du carpe: trois noyaux osseux représentaient ici le trapèze, l'os crochu et le pisiforme.

L'analogie très-grande qui existe entre l'enveloppe extérieure et le système des membranes muqueuses a été dans ces derniers temps démontrée d'une manière évidente par des recherches d'embryogénie. Cependant des faits d'anatomie comparée viennent confirmer ce que des principes *à priori* avaient d'abord établi. Dans le nombre nous devons noter l'existence normale de poils dans les membranes muqueuses du canal intestinal du cheval. Ces faits vous ont été montrés à plusieurs reprises par notre collègue M. Maillet, qui, par des recherches minutieuses et pleines d'intérêt, est parvenu à démontrer d'une manière évidente ce fait important d'anatomie comparée.

Les anomalies de forme ou de direction du système vasculaire sont un des objets les plus curieux sous le point de vue embryogénique; mais à côté du point de vue scientifique, vient prendre place, à juste titre, le côté pratique. M. Husson vous a montré un exemple de l'existence de

trois cavités ventriculaires dans le cœur ; il y avait deux cavités droites, communiquant entre elles au moyen d'une imperforation de la cloison de séparation.

L'anatomie du périnée est devenue, de nos jours, un point d'étude très-important, non-seulement à cause de la complexité anatomique des parties, mais aussi par son importance chirurgicale. Vous vous rappelez, sans doute, une belle série de pièces sur les aponévroses du périnée, qui vous a été présentée par M. Denonvilliers. M. Thompson, de son côté, vous a lu un long mémoire sur ce point important d'anatomie.

Anatomie pathologique.

S'il est vrai que le système nerveux soit le point central de l'organisme, la puissance qui enchaîne sous sa domination toutes les fonctions, le système nerveux doit être alors le premier appareil dont les lésions veulent être examinées dans un cadre d'anatomie pathologique. Les nombreuses lésions dont il est le siège l'ont rendu de tout temps un des principaux points des recherches des pathologistes. C'est par l'examen des altérations de ce système que je me crois autorisé à commencer. Je vous rappellerai, en première ligne, l'exemple que M. Mercier vous a présenté, d'un fœtus âgé de cinq mois, chez lequel il y avait tout à la fois acéphalie et hydrocéphalie ; le cerveau manquait complètement, et à sa place on rencontrait une poche formée de deux membranes renfermant un liquide séreux ; la moelle épinière cessait brusquement au trou occipital. Dans cet exemple, on remarquait, de plus, un vice de conformation de la face ; il n'y avait point de voûte palatine du côté gauche, ni de parois à l'orbite du même côté. Il vous a été facile de voir que ce fait était bien plutôt le résultat d'une destruction des parties, opérée plutôt

pendant les premières périodes de la grossesse, qu'un véritable arrêt de développement. Nous devons regretter que les différens nerfs n'aient pas été suivis : c'est une lacune qui existe, malheureusement, dans les plus belles collections de monstruosités, et c'est un point de recherche qu'il serait de la plus haute importance de compléter.

Le cerveau, à l'exemple de tous les organes, est soumis à des variations de volume dépendantes souvent d'une cause morbide. M. Guéneau de Mussy vous a montré un fait de ce genre : une atrophie complète de tout l'hémisphère droit chez une femme qui, dans un âge peu avancé, avait eu une paralysie complète du bras gauche ; dans cet exemple, les circonvolutions du cerveau étaient réduites à des lamelles très minces.

Parmi les nombreuses altérations des enveloppes du cerveau que vous avez eu occasion d'examiner, je vous rappellerai un cas présenté par M. Callé, une fausse membrane développée dans la cavité arachnoïdienne, tapissant la face interne de la dure-mère et se prolongeant sur la tente du cervelet jusqu'à la base du cerveau ; dans l'épaisseur de cette membrane on remarquait des vaisseaux parfaitement développés. Le malade, chez lequel on a rencontré cette production morbide était un militaire monomaniac, affecté, depuis quelque temps, de symptômes de paralysie générale. A côté de ce fait vient prendre place un second, observé par M. Guéneau de Mussy : la fausse membrane, formée aussi dans la cavité arachnoïdienne, était encore récente, et avait été trouvée chez une femme prise subitement de mouvemens convulsifs et d'une agitation continuelle.

Les tumeurs développées sur la dure-mère sont très importantes en pathologie : nous nous rappellerons l'exemple que M. Durand nous a montré ; dans ce cas, il y avait deux tumeurs encéphaloïdes ayant leur siège, l'une sur la

tente du cervelet, et l'autre sur l'apophyse crista-galli. On n'a pas observé, pendant la vie, des signes caractéristiques à l'aide desquels il fût possible de présumer l'existence de ces productions.

Système osseux et musculaire.

Destiné à protéger le système nerveux et les centres vasculaires, obligé de fournir des leviers et des puissances pour la translation de l'animal, le système osseux devait être un de ceux dont les lésions sont les plus nombreuses et les plus variées. Ces lésions se résument toutes en trois chefs principaux : lésions de tissu, lésions de contiguité et lésions de continuité. Au nombre de celles appartenant à la première section, nous rencontrons un cas de ramollissement des os du tarse, observé par M. Stanski. M. Pigné vous a montré une ulcération des os de la jambe couverte d'une fausse membrane ; M. Vigla, des productions tuberculeuses de la colonne vertébrale. M. Gariel vous a présenté une carie de l'apophyse odontoïde avec destruction des ligamens odontoïdiens et transverses. Vous avez vu, dans cet exemple, une destruction complète du corps de l'axis, accompagnée de la formation d'une collection purulente assez grande. Pendant la vie, on avait observé un renversement assez marqué de la tête en arrière, circonstance qu'on explique très bien par la destruction des ligamens en question, et par la contraction continue des muscles postérieurs.

M. Mercier vous a présenté des nécroses des os du tarse et du calcanéum. M. Chavignaz vous a montré une altération tuberculeuse de la tête de l'humérus et de la cavité glénoïde ; vous avez vu, dans cet exemple, que la saillie des éminences acromiales et coracoïdes jointes au raccourcissement du membre, pourraient faire croire à l'existence

d'une luxation ancienne. Ce qui a surtout frappé votre attention, c'est le grand nombre de tubercules des os, et l'influence qu'ils peuvent avoir dans les maladies connues généralement sous le nom de carie des os.

Lésions de continuité. Un grand nombre de pièces représentant toutes les variétés de fractures ont été soumises, cette année, à votre observation. Dans ce nombre occupe le premier rang un cas de fracture de la colonne vertébrale. Dans l'exemple présenté par M. Lebert, il y avait fracture des apophyses transverses et articulaires de la région lombaire et dorsale, d'où il résultait un déplacement incomplet du corps de ces vertèbres, par suite des violences extérieures auxquelles le malade avait été soumis. Il y avait de plus une inflammation des enveloppes de la moelle. Ce qui était le plus remarquable, c'est l'état fibreux auquel la moelle épinière était réduite à la partie inférieure, dans un point de la région dorsale.

Les fractures des os longs sont tout à la fois les plus communes et les plus variées. M. Nivet vous a fait voir plusieurs cas d'enfoncemens du col du fémur. Dans une de ces pièces, vous avez remarqué que le col, enfoncé dans l'épaisseur du grand trochanter, n'avait été arrêté que par la lame externe du même os; dans une seconde, la largeur trop marquée du canal médullaire et l'élargissement des cellules du col avaient contribué en grande partie à ce genre de fracture.

M. Pigné vous a fait voir une fracture des os du fémur assez singulière dans sa forme : la tête était irrégulièrement fracturée; elle offrait une cavité qui était reçue dans une espèce d'avance osseuse, de façon à former, par la réunion de ces deux parties, ce qu'on appelle en mécanique un encastrement.

Au nombre des fractures du corps du fémur, nous vous rappellerons l'exemple que vous a montré M. Prestat; dans

cet exemple, il y avait une fracture très oblique du tiers supérieur de l'os, le fragment supérieur avait éprouvé une rotation sur son centre, de manière qu'il venait se placer angulairement sur le fragment inférieur, et formait une espèce d'équerre; pendant la durée de la vie du malade, la fracture n'avait pu être réduite que pendant quelques jours.

M. Stanaki a soumis à votre examen une fracture ancienne de la partie moyenne du même os; les deux fragmens chevauchaient l'un sur l'autre; le supérieur, mince et évidé, était reçu dans une espèce de cavité formée dans le fragment inférieur; des deux côtés de ce fragment s'avançaient des prolongemens stalactiformes développés aux dépens du tissu cellulaire des muscles, et qui contenaient, par ce moyen, les deux fragmens. Vous avez pu remarquer la propriété que possède ce tissu de pouvoir se transformer, suivant les besoins de l'animal, en d'autres tissus. Ce fait, réuni à beaucoup d'autres, nous montre le tissu cellulaire comme étant l'élément essentiel de nos organes, tandis que les autres tissus ne seraient que de simples divisions de ce dernier.

M. Denonvilliers vous a montré une pièce dans laquelle il y avait une déformation de la cavité cotyloïde avec ossification de la capsule articulaire.

M. Maillet vous a fait voir une adhérence entre les tendons des muscles fléchisseurs du pied chez le cheval. Dans ce fait, il y avait à la fois adhérence et dégénérescence de la capsule fibreuse qui tient les muscles en place; il était résulté de là une retraction du pied qui avait demandé la section des tendons du muscle qui l'occasionnaient.

M. Desprès vous a décrit le procédé qu'il emploie pour la réduction des luxations du fémur; ce procédé consiste dans la flexion du membre luxé d'abord, et ensuite à lui imprimer

mer un mouvement de rotation en sens contraire à celui par lequel l'os a été déplacé.

Système vasculaire.

La place élevée qu'occupe le système vasculaire dans l'organisme, le rôle important qu'il a rempli, l'ont fait placer, en anatomie, à côté du système nerveux avec lequel il a des points de ressemblance et de connexion. Répandu, comme ce dernier, dans toutes les parties du corps, il en diffère cependant par une variété très grande dans son trajet; variétés qui quelquefois s'étendent jusque dans les parties les plus centrales. Les lésions dont il est le siège sont nombreuses et importantes. Au nombre de celles qui vous ont été présentées se trouve l'observation soumise à votre examen par M. Durand, une ossification des fibres du cœur. M. Pigné vous a fait voir, de son côté, un cœur sur lequel on remarquait des végétations de la valvule tricuspidale: la plus grosse de ces productions avait le volume d'un gros pois; elle était rouge, molle, et tenait à la valvule à l'aide d'un pédicule.

M. Imbia vous a présenté un cœur sur lequel on observait une tumeur pédiculée communiquant avec le ventricule; cette pièce a été rencontrée chez une vache.

M. Guéneau de Mussy vous a fait voir un anévrisme partiel du cœur: la profondeur de la poche dilatée était à peu près de six à huit lignes; son ouverture avait un pouce de diamètre, et sa cavité était remplie de caillots fibrineux.

M. Chavignez vous a montré un grand nombre de phlébolites trouvées dans une tumeur érectile: les plus grosses de ces petites pierres avaient le volume d'un gros pois.

Appareil respiratoire et ses dépendances.

Dans l'échelle des êtres, l'appareil respiratoire est un de ceux dont l'importance anatomique et physiologique est depuis long-temps reconnue. L'influence qu'il exerce sur la nutrition de l'animal le range, avec raison, en anatomie pathologique, à côté du système vasculaire; aussi l'étude des lésions dont cet appareil peut être affecté sont de la plus haute importance en médecine pratique.

Parmi ses nombreuses altérations organiques, je vous signalerai seulement un exemple de végétation dans le larynx, au-devant du cartilage aryénoïde, présenté par M. Landouzy; un aplatissement très grand de la trachée-artère chez un cheval, fait dû à M. Imlin. Notre collègue vous a montré la trachée-artère de l'animal sur lequel, pendant la vie, on avait pratiqué la trachéotomie; il vous décrit avec soin les expériences d'injection d'eau dans le poumon auxquelles il avait soumis l'animal.

M. Andral vous a montré une vaste fausse membrane développée dans la cavité de la plèvre; dans son centre, il y avait une cavité remplie de liquide séro-sanguinolent, et traversé par des brides celluleuses. Le poumon était refoulé contre la colonne vertébrale; l'homme sur lequel cette pièce a été rencontrée paraissait être dans un état de santé parfaite au moment où il s'est suicidé

Système digestif.

L'appareil digestif est un des premiers formés dans la masse embryonnaire: il est soumis, par conséquent, à de nombreux arrêts dans la durée de son développement. Son étendue l'a fait fractionner en un grand nombre de parties destinées toutes à des fonctions à peu près semblables;

enfermé dans des cavités protégées par des parois molles et extensibles, servant, pour ainsi dire, de point d'appui aux violences extérieures, il devait être un de ceux dont les lésions seraient les plus nombreuses et les plus variées. Dans le nombre de celles que vous avez examinées, se trouve un cas de cancer gélatineux de l'estomac, qui vous a été montré par M. Pigné; vous avez pu constater combien il est difficile de reconnaître, pendant la vie, les désordres organiques considérables qu'on rencontre à l'autopsie. M. Stanski vous a présenté un exemple curieux d'empoisonnement par de l'acide sulfurique : les parois de l'estomac étaient détruites, des fibres musculaires de ce viscère étaient annu, disséquées; la cavité péritoneale, pour ainsi dire, cautérisée, les mucosités existantes dans les intestins se trouvaient desséchées et moulées sur les valvules et sur les pupilles intestinales. Le sang était coagulé dans les artères, et offrait l'aspect de la matière des injections anatomiques. Ce malheureux est mort peu d'heures après. A côté de ce fait vient trouver place un autre du même genre, que M. Charcelay vous a montré : dans ce dernier cas la mort n'est survenue qu'au bout de six mois, par une hémorrhagie, résultat de l'ulcération des artères coronaires stomachiques; les parois de l'estomac étaient ulcérées, la membrane muqueuse était rouge et bourgeonnée. M. Behier vous a fait voir un exemple de rupture du rectum par suite d'une dilatation de cet intestin; dilatation occasionnée par un retrécissement produit par une tumeur encéphaloïde. M. Nelaton, à son tour, a soumis à votre observation un exemple de chute du rectum; notre collègue vous a fait voir, contre l'opinion généralement reçue, que toutes les tuniques de l'intestin se rencontraient dans cette proéminence; vous avez vu que, par suite de cette espèce de saillie, le péritoine est à son tour ramené en dehors, d'où il résulte un cul-de-sac dans lequel des masses intestinales peuvent se loger; conséquence

de la plus haute importance en pathologie chirurgicale.

La disposition du paquet intestinal dans la cavité de l'abdomen, permet à chacune de ces parties de glisser à travers les plus petits anneaux et les brides les plus faibles. Pour confirmer ces faits, on vous a montré un exemple dans lequel l'intestin s'était étranglé à travers une bride formée par une adhérence. L'existence d'une hernie, dans ce cas, avait fait croire à un étranglement de la tumeur, et avait déterminé le chirurgien à pratiquer l'opération. Cette observation appartient à M. Gariel. A côté de ce fait vient se ranger tout naturellement un second observé par M. Fleury: dans la pièce qu'il vous a montrée vous avez remarqué une tumeur existant à la partie supérieure du petit intestin, serrée fortement à sa base par une espèce de corde produite par une bride séreuse existant sur les parois de l'intestin.

Appareil de sécretions.

Après les systèmes digestif et vasculaire, vient prendre place le système sécréteur. Dans son origine, cet appareil est un véritable développement du canal intestinal; il devient plus tard si compliqué, qu'il faut alors, pour le reconnaître comme tel, avoir recours à des analogies, ou le reprendre dans son premier développement. Parmi les altérations de cet appareil, si différent dans les parties qui le constituent, nous trouvons d'abord des calculs dans l'appareil biliaire occupant tout le calibre du canal cholédoque, et occasionnant l'atrophie de la vésicule biliaire: ce fait est dû à M. Dariste.

Dans une section plus élevée du système sécréteur se classe l'appareil générateur: nous trouvons ici un cas d'atrophie des parties génitales que vous a présenté M. Debron; c'était une femme âgée de 45 ans, chez laquelle les parties

parties du système tégumentaire, il est encore assez facile de reconnaître entre elles, par l'observation, des différences assez sensibles. Pour ne citer de ces différences que celle sur laquelle j'ai pour but d'appeler l'attention, les productions pileuses semblent particulières à la peau, et paraissent cesser de se faire remarquer là où commence la membrane muqueuse. Il est vrai que des faits, que l'on a considérés comme de véritables anomalies, ont démontré que dans certains cas ces productions pouvaient exister, tant chez l'homme que chez les animaux, sur certaines parties des tégumens internes.

Chez l'homme, un assez bon nombre de cas de ce genre paraissent avoir été observés. Bichat, dans son *Anatomie générale* (1), dit qu'il se forme quelquefois des poils à la face interne des muqueuses; qu'on en a vu dans la vessie, l'estomac, les intestins; qu'il en a lui-même trouvé *sur des calculs du rein*, et que la vésicule du fiel lui en a offert une fois qui avaient une longueur d'un pouce, et qui étaient manifestement implantés sur la surface interne de ce réservoir. Bécclard et plusieurs autres anatomistes disent aussi avoir trouvé des poils sur différentes parties du système muqueux de l'homme.

Chez les animaux, on en a particulièrement remarqué sur la conjonctive. Le *Recueil de Médecine Vétérinaire pratique* (2) contient plusieurs faits publiés par différens auteurs, et desquels il résulte que des productions pileuses ont été observées sur la conjonctive et même jusque sur la cornée lucide de divers animaux, tels que le cheval, l'âne et le chien.

Toutefois, je ne sache pas que, jusqu'à présent, on ait

(1) *Anatomie générale* (édition de Bécclard), Paris, 1821, t. 4, p. 354.

(2) *Recueil de médecine vétérinaire pratique*: année 1824, p. 84 et 224.

annoncé avoir rencontré les mêmes productions sur la membrane des voies digestives des animaux, où, cependant, l'existence de matières épidermiques très dures a été observée depuis long-temps, surtout dans les renflemens *gastroïdes* des grands ruminans.

Ainsi donc, les auteurs (médecins ou vétérinaires) qui ont jusqu'à présent signalé l'existence de poils développés sur quelques parties du système muqueux, ont toujours considéré ces productions comme accidentelles, soit qu'elles aient été le résultat de vices congéniaux, ou d'altérations morbides développées depuis le commencement de la vie extra-utérine.

Ces données, suffisantes pour faire admettre qu'accidentellement des poils peuvent se développer sur les muqueuses, n'ont pas même conduit à soulever la question de savoir si, sur quelques parties du système muqueux, l'existence de ces poils constitue l'état normal. La théorie, il est vrai, aurait pu, par avance, faire pressentir que là où les muqueuses ont une organisation très complexe, servant à des fonctions multiples, et sont en rapport avec des substances assez résistantes, sur lesquelles elles agissent et avec lesquelles elles sont long-temps en contact, il doit y avoir une organisation se rapprochant le plus possible de celle de la peau. La muqueuse gastro-intestinale des grands herbivores qui, à tant d'autres égards, mérite de fixer l'attention des anatomistes, aurait pu, sous ce rapport, leur servir de point de départ dans leurs recherches. Car la grande étendue de cette membrane, son épaisseur assez considérable, surtout dans quelques-unes de ses parties, et les variétés dans la structure qu'on lui remarque, sont autant de caractères qui ne se trouvent exister nulle part aux mêmes degrés chez les animaux carnivores et omnivores. La nature des alimens que prennent les herbivores, l'énorme quantité qui est nécessaire pour leur nourriture, et

le peu d'altération que la digestion fait subir à la plupart de ces alimens, nous expliquent facilement la nécessité de ces particularités d'organisation.

D'un autre côté, l'épaisseur des membranes muqueuses dans chaque espèce d'animal étant, le plus souvent du moins, en rapport avec celle de la peau; et les poils, sur cette dernière membrane, étant généralement d'autant plus nombreux et plus gros qu'elle est plus épaisse, il devait en résulter que, s'il existait des poils sur les muqueuses de quelques animaux, ce devait être surtout sur ceux ayant la peau la plus épaisse qu'on pouvait supposer devoir les trouver le plus facilement. Le cheval aurait donc encore à cet égard dû mieux convenir que beaucoup d'autres animaux pour faire des recherches.

Cependant ce n'est point par induction théorique que j'ai été conduit à découvrir l'existence de poils sur la muqueuse gastro-intestinale du cheval, mais par le hasard seul. Voici comment j'ai fait cette découverte :

Je procédais, le 4 février 1836, à l'ouverture d'un cheval de gros trait, de l'âge de 10 à 12 ans, et dont la couleur des poils de la peau était le roman clair. Cet animal venait de mourir d'hémorrhagie intestinale, maladie qui est fort commune chez les chevaux de gros trait. J'examinais les lésions laissées par cette affection sur la muqueuse du gros intestin, lorsque j'aperçus, à la vue simple, une grande quantité de petits poils implantés sur cette membrane, surtout vers la courbure pelvienne du colon. Ces petits poils, dont la couleur était blanchâtre et assez analogue à celle de la robe de l'animal, étaient très-faciles à apercevoir, parce que leur nuance tranchait sur celle de la muqueuse, qui était fortement colorée en rouge brunâtre par l'effet de l'engouement sanguin dont elle était le siège. J'en arrachai quelques-uns, et je reconnus, à la loupe, qu'ils avaient, comme ceux de la peau, un renflement bul-

biforme à leur base. Comme je savais qu'on avait déjà trouvé des productions pileuses sur les tégumens internes, je crus aussi en avoir rencontré accidentellement, et ce fait n'aurait pas fixé mon attention sans le grand rapprochement qu'il eût avec le suivant. Le 6 du même mois, c'est-à-dire, deux jours après que j'eus observé le fait que je viens de mentionner, un autre cheval étant aussi mort d'entérorragie, j'examinai la portion de muqueuse intestinale qui avait été le siège de l'affection, et j'y trouvai encore des poils tout à fait semblables à ceux dont il vient d'être parlé. Je fis voir à plusieurs professeurs de l'école d'Alfort des portions d'intestin sur lesquelles je remarquais ces productions pileuses, et ils reconnurent comme moi que ces poils intestinaux avaient tous les caractères de ceux de la peau. Enfin, j'en fis voir à la Société Anatomique (1), où on leur trouva aussi la plus grande ressemblance avec les poils de la peau.

Cette découverte me conduisit à rechercher si ces poils existaient sur beaucoup de chevaux, et s'ils étaient apparents dans d'autres cas que ceux où la muqueuse intestinale est gouée de sang, est fortement colorée par ce liquide. Mes premières recherches me firent connaître que des poils existaient sur la muqueuse du gros intestin de tous les chevaux de gros trait tels que ceux de races Belge, flamande, etc., qu'ils n'existaient que dans le gros intestin, et qu'on n'en trouvait point chez les chevaux de selle, d'attelage, de manège, etc., appartenant à des races fines et plus distinguées.

Telle était à peu près mon opinion, lorsque, quelques semaines après que j'eus trouvé des poils pour la première fois, je présentai à la société anatomique de nouvelles portions d'intestin revêtues des mêmes productions, et qu'une note à ce sujet fut insérée dans les bulletins de cette so-

(1) Voyez Bulletin, n° 8, 3^e série, avril 1836.

ciété. Mais depuis lors, en continuant mes recherches, je suis parvenu à trouver des poils chez des chevaux de toutes races et de tous sexes. J'en ai rencontré dans d'autres parties de l'intestin que celles où je croyais qu'ils se montrèrent exclusivement; j'en ai aussi trouvé dans l'estomac.

Avant d'exposer les caractères de ces poils, il est, je crois, utile de faire une description sommaire de l'intestin du cheval, afin qu'on puisse mieux apprécier dans qu'elle partie de ce conduit ils sont les plus apparens, quelles sont celles où ils ne sont que difficilement apercevables, et enfin quelles sont celles où je n'en ai pas encore rencontré.

Comme celui de l'homme, l'intestin du cheval a été divisé en *portion grêle* et en *gros intestin*.

L'*intestin grêle*, commençant au pyllore, est suspendu dans toute sa longueur à un long mésentère, et n'offre aucun *rétrécissement*, *dilatation* ou autre ligne de démarcation tranchée qui y indique des divisions. Sa longueur est de 64 à 65 pieds. Le tube qu'il forme est plus dilaté au milieu de sa longueur qu'à ses deux extrémités; sa rigidité, en général peu prononcée et en rapport avec l'épaisseur de la couche musculeuse de ses parois, est plus grande aux extrémités qu'au centre. A l'extrémité antérieure se remarquent les orifices des canaux biliaire et pancréatique, distans de huit à dix pouces du pyllore. L'extrémité postérieure, très rétrécie, se rend dans le cœcum.

Le gros intestin forme une masse incomparablement plus volumineuse que la portion grêle; à lui seul il remplit au moins aux trois quarts la cavité abdominale. C'est dans ses vastes renflemens que se rendent, presque immédiatement après leur ingestion dans l'estomac, les matières alimentaires, qu'elles y séjournent un temps assez long et qu'elles y subissent la plupart des altérations qui opèrent leur séparation en partie nutritive et en résidu excré-

menteux. Il est divisé, comme celui de l'homme, en *cæcum*, *colon* et *rectum*.

C'est un des caractères zoologiques du cheval d'avoir le *cæcum* très volumineux. Aussi, chez cet animal, il semble suppléer aux grands renflemens gastriques qui existent chez les ruminans. Sa forme est conique; il a de quatre pieds et demi à cinq pieds de longueur; son plus grand diamètre, qui est à sa base, est de près d'un pied; il est encore de plusieurs pouces à la pointe de l'organe. Les parois du même viscère sont très minces dans la plus grande partie de son étendue; leur plus grande épaisseur se remarque surtout au niveau de bandes charnues longitudinales qui sont au nombre de deux, à la pointe ou extrémité libre de l'organe, et de quatre vers la base où il y a le plus de dilatation.

Le *colon*, qui est la portion la plus considérable du gros intestin, comprend deux parties bien distinctes : la *portion repliée* et la *portion flottante*.

La *portion repliée* forme deux grosses circonvolutions marchant parallèlement l'une à l'autre, dilatées dans certains endroits au point de donner à cet intestin un diamètre plus grand que celui de la base du *cæcum*; rétrécies dans d'autres au point de réduire ce diamètre à deux pouces. Elles font continuité l'une à l'autre à leur extrémité pelvienne, tandis qu'à l'autre extrémité l'une d'elles communique avec le *cæcum* (ce qui constitue l'origine du *colon*) et l'autre se continue en donnant naissance à la *portion flottante* du même intestin. La longueur de la *portion repliée* du *colon* est de 11 à 12 pieds. Dans son étendue, cet intestin forme différentes *inflexions* ou *courbures*, qui sont au nombre de cinq, et dont voici l'énumération dans l'ordre suivant lequel elles sont parcourues par les alimens: La courbure *sternale*, formée par la première circonvolution au point où elle se recourbe au niveau du car-

tilage xyphoïde , à peu près à trois pieds de l'origine du colon; la courbure *pelvienne*, formée par la réunion des deux circonvolutions à la partie postérieure de l'abdomen, près de l'entrée du bassin. Les autres courbures désignées sous les noms de *diaphragmatique*, d'*hépatique* et de *gastrique*, n'en constituent, à proprement parler, qu'une seule, formée par la deuxième circonvolution, et présentant des bosselures plus ou moins en rapport avec le diaphragme, le foie et l'estomac. C'est à la bosselure ou renflement gastrique (*courbure gastrique*) que se trouve la plus grande dilatation de l'intestin.

De même que celles du cœcum, les parois de la partie repliée du colon sont très minces dans la plus grande partie de leur étendue; mais elles sont aussi affermies par d'épaisses bandes charnues longitudinales, au nombre de deux, de trois ou de quatre, suivant le plus ou le moins de diamètre de chacune des parties de cet intestin.

La portion flottante, suspendue, comme l'intestin grêle, à la région lombaire par un mésentère assez long, fait continuité, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, au renflement gastrique de la portion repliée. Elle a une longueur de dix à douze pieds, un diamètre de deux à trois pouces dans toute son étendue, et elle présente une succession non interrompue de bosselures et de rétrécissemens qui opèrent la division des matières fécales en pelottes arrondies. L'épaisseur des parois de cette portion intestinale est plus grande que dans la portion repliée. On n'y voit pas moins deux bandes charnues longitudinales qui les affermissent et qui se continuent dans toute l'étendue de cette partie du colon. Postérieurement, cet intestin se continue avec le *rectum* sans aucune ligne de démarcation bien apparente.

Le *rectum* a une longueur d'un pied, il forme un tube droit, susceptible, comme celui des autres animaux, d'être dilaté par les matières fécales accumulées dans son

intérieur, et pourvu d'une couche musculieuse épaisse, pour servir à la défécation (1).

Si maintenant nous examinons quelles sont les portions de la muqueuse intestinale qui doivent être les plus exposées aux froissemens produits par les alimens fibreux dont les chevaux se nourrissent, nous remarquerons que ce sont nécessairement celles qui, n'étant pas pourvues de mucosités épaisses et abondantes, se trouvent dans des poquets de l'intestin où les alimens n'ont pas encore subi beaucoup d'altérations par l'effet de la digestion. Ainsi ce sont : l'origine de l'intestin grêle, son insertion au cæcum, le cæcum, et toute l'étendue de la portion repliée du colon. La muqueuse de la plus grande partie de l'intestin grêle, celle de toute la portion flottante du colon et du rectum se trouvant induites de mucosités épaisses et abondantes, sont par cela même beaucoup moins exposées aux irritations mécaniques qu'y pourraient produire les matières de la digestion. Je reviendrai plus tard sur cette disposition que j'ai seulement voulu indiquer ici, pour faire voir quelles sont les régions de l'intestin où se trouvent ordinairement les poils.

Depuis le mois de février 1836, j'ai recherché des poils sur la muqueuse digestive de près de 200 chevaux; j'ai obtenu les résultats suivans :

Il existe des poils apparens à la vue simple (2) chez pres-

(1) Voir pour de plus amples détails le *Traité d'Anatomie vétérinaire* de M. Girard : Paris, 1830, et la description de la muqueuse digestive du cheval donnée par M. Leuret.

(2) Comme il m'a été tout-à-fait impossible d'en remarquer à la vue simple, sur 10 à 12 chevaux, je n'oserais affirmer qu'il en existe chez tous les animaux de cette espèce. Peut-être qu'en s'aidant d'un microscope, il serait possible d'en voir là où l'on croit qu'il n'en existe pas. Mais j'ai dû signaler ici ce que je considère comme exceptionnel, puisque je ne les ai rencontrés qu'une fois.

que tous les chevaux, 1° au pylore et à l'origine de l'intestin grêle; 2° dans la portion repliée du colon, surtout vers les courbures pelvienne et gastrique.

J'en ai trouvé chez beaucoup de chevaux, mais moins fréquemment qu'aux endroits que je viens de citer, 1° dans toute l'étendue de la portion repliée du colon; 2° dans le cœcum, principalement à sa base, et surtout vers l'insertion de l'intestin grêle; 3° dans l'intestin grêle, en arrière des orifices des canaux biliaire et pancréatique.

Je n'en ai jamais rencontré dans le tiers moyen de l'intestin grêle, ni dans le rectum. J'en ai trouvé sur un seul cheval dans la portion flottante du colon.

Dans l'estomac, qui, comme on le sait, a, chez le cheval, très peu de capacité, et est divisé intérieurement en deux parties, ou sacs, l'une droite ou pylorique, dont la muqueuse est dépourvue d'épiderme, et l'autre gauche ou cardiaque, pourvue, de même que l'œsophage, d'un épithélium épais; dans l'estomac, dis-je, j'ai presque toujours trouvé des poils sur la muqueuse du sac droit, surtout près du pylore, et jamais sur celle du sac gauche.

Chez les chevaux morts d'hémorrhagie intestinale, d'entérite, ou de tout autre maladie qui a produit une tumescence sanguine et une forte rubéfaction de la muqueuse de l'intestin, les productions pileuses sont très faciles à apercevoir. Cet effet est dû à plusieurs causes : 1° à la différence qui existe entre la nuance des poils, ordinairement assez clairs, surtout à leur base, et celle de la muqueuse, qui est d'un rouge brunâtre très foncé, ce qui fait que la couleur de cette muqueuse tranche sur celle des poils qu'elle soutient. 2° A ce que, dans l'entérorrhagie surtout, le sang qui a flué dans l'intestin, a été entraîné dans les

sur vingt à peu près. J'indiquerai dans la suite de ce mémoire à quelle époque de la vie des chevaux l'existence de poils dans l'intestin est la plus constante.

dernières portions du colon et a dissous, puis ensuite balayé entièrement les mucosités qui enduisaient la face interne de l'intestin, ce qui a mis les poils tout à fait à nu. 3° Enfin, à ce que l'accumulation de sérosité sanguinolente dans le tissu cellulaire sous muqueux (1), distendu considérablement la muqueuse et a repoussé le bulbe des poils vers la cavité intestinale, ce qui a rendu l'extrémité libre de ces derniers beaucoup plus saillante.

Dans toute autre circonstance, les poils de la muqueuse intestinale sont beaucoup plus difficiles à apercevoir à l'œil nu : aussi est-il indispensable pour les trouver de connaître les régions où ils existent le plus communément, et de laver la surface de la membrane, afin d'enlever le mucus qui la tapisse, et de laisser les poils aussi à nu que possible. J'observerai aussi que ces poils sont, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus faciles à voir lorsqu'on ouvre la cavité gastro-intestinale, le cadavre étant encore chaud, que dans les circonstances contraires, et qu'il est surtout très difficile de les apercevoir sur des portions de muqueuse qui ont été exposées à l'air et s'y sont refroidies. La contraction qui s'est alors opérée dans le tissu de la membrane, et l'augmentation d'adhérence du mucus, due à un commencement de dessiccation, le rendant très difficile à enlever, me paraissent-être les causes qui déterminent l'effet dont je viens de parler.

(1) Dans l'entérorrhagie, maladie causée le plus souvent par l'ingestion en grande quantité d'avoines nouvelles ou d'autres fourrages très excitans, il y a tout à la fois flux de sang en nature ou mieux de sérosité sanguinolente dans la cavité intestinale, accumulation de matière colorante dans l'épaisseur de la muqueuse, ce qui lui donne la couleur rouge brunâtre foncée que j'ai indiqué plus haut, et épanchement de serum plus ou moins coloré dans le tissu cellulaire sous muqueux, dans l'épaisseur de la musculieuse, et quelquefois même dans le tissu cellulaire sous péritonéal.

En reste, l'habitude de rechercher ces poils et de les examiner apprend très facilement à en distinguer souvent de grandes quantités là où les personnes non exercées ont peine à en apercevoir. Je n'ai pas, je pense, besoin d'ajouter que lorsqu'on se sert d'une loupe ou d'un microscope on voit beaucoup plus facilement les productions dont il est question.

Les caractères de ces poils ne sont pas absolument les mêmes chez tous les chevaux. C'est ainsi que chez les chevaux de gros trait des races belge, boulonnaise, picarde, comtoise, etc., etc., ayant la peau très-épaisse et garnie de poils; gros, longs et nombreux, ceux de l'intestin sont plus longs, plus épais, et conséquemment beaucoup plus faciles à apercevoir que chez les chevaux d'autres races.

J'ai observé, concernant ces productions, peu de différences relativement à l'âge des animaux. Seulement, j'ai cru remarquer que les adultes et vieux sujets avaient des poils plus abondans que ceux plus jeunes. Toutefois, comme je n'ai pas eu occasion de les rechercher sur des poulains très jeunes, il m'est impossible de dire à quel âge de ces animaux on commence à en apercevoir. Je suis porté à croire qu'une fois développés il en existe pendant toute la vie; du moins, j'en ai remarqué de bien apparens sur de très vieux chevaux.

Relativement au sexe, j'ai cru remarquer que les poils intestinaux étaient plus nombreux et plus apparens chez les mâles entiers que chez les chevaux hongres et les jumens. Toutefois, cette différence ne me paraît pas bien sensible, surtout à l'égard des animaux de races grossières, car j'ai toujours remarqué, tant chez les jumens que chez les chevaux hongres ou entiers de ces races, des poils bien apparens.

Les altérations chroniques de la muqueuse gastro-intes-

tinale, la présence de vers, les épaississemens locaux, etc., rendent les poils plus apparens. En général, on les voit d'autant plus facilement et ils sont d'autant plus gros et plus longs que la muqueuse est devenue plus épaissie par l'effet de ces altérations.

Caractères physiques des poils intestinaux. La longueur des poils de la muqueuse intestinale du cheval est très variable. J'en conserve un que j'ai trouvé dans l'intestin grêle, près du pylore, et dont la longueur est de six lignes. Le plus ordinairement cette longueur ne dépasse pas une ligne, une ligne et demie ou deux lignes; il y a des poils si petits qu'ils en sont presque imperceptibles. Sur le même point, et dans l'étendue d'un ponce carré, on en rencontre souvent de grandeurs différentes depuis une demi ligne jusqu'à deux lignes. Les plus longs sont, en général, ceux qui se trouvent sur des groupes des follicules muqueux. Ils sont aussi plus longs au pylore que dans le colon, et dans celui-ci que dans le cœcum.

Débarrassés convenablement par le lavage du mucus qui les entoure, ces poils ont une forme pyramidale analogue à celle des poils de la peau. Lorsqu'on les examine au microscope, on leur reconnaît facilement des facettes et des angles interrompus de distance en distance par des parcelles de mucosités dont il est difficile de les isoler entièrement.

Dans toute leur partie libre, les poils de la muqueuse gastro-intestinale sont colorés diversement, suivant certaines circonstances. Généralement, ils paraissent être de la même nuance que les poils de la peau. Ainsi, ils sont incolores chez les chevaux blancs et gris-clair; il y en a d'incolores, de noirs, et d'alezans chez les chevaux rouans, et ils sont noirs pour la plupart chez les chevaux dont la robe est de cette couleur. Cette règle, il est vrai, n'est pas sans exception : car j'ai trouvé quelquefois des poils tout à

fait noirs au pylore de chevaux gris-clair ou rouans, et j'ai rencontré une fois des poils entièrement blancs sur un cheval rouan clair (1). La nuance de ceux qui sont colorés paraît aussi être d'autant plus foncée que les poils sont plus gros ; à tel point que tous ceux qui sont très ténus paraissent incolores. Je n'ai pas encore eu l'occasion de remarquer si, chez des chevaux qui ont des tâches blanches très larges sur une robe alezane ou noire (chevaux pies), il existe une disposition semblable sur les poils de l'intestin. Je me propose, en continuant mes investigations, de chercher à éclaircir ce point qui me semble assez curieux sous le rapport de l'histoire naturelle.

Dans leur partie adhérente à la muqueuse, tous les poils intestinaux sont incolores, et ce n'est même qu'à une petite distance de cette membrane que leur extrémité libre commence à être colorée.

Généralement très ténus, ces poils ont une grosseur qui, de même que leur longueur, est excessivement variable. J'en ai rencontré près du pylore qui avaient au moins la grosseur d'un crin, et qui étaient rugueux sous le doigt ; tandis qu'il en est d'autres qui, grossis de cent cinquante fois leur volume, n'ont que trois ou quatre millimètres de diamètre. Ces derniers sont incomparablement plus nombreux que ceux que l'on sent avec le doigt à la surface de la muqueuse.

Comme je l'ai déjà dit, les poils de la muqueuse intestinale ont, à leur base, un renflement bulbiforme ; j'avais observé ce bulbe dès le commencement de mes recherches, et je l'avais fait remarquer à plusieurs professeurs de

(1) On appelle *rouan* un cheval dont la robe est composée dans différentes proportions de poils noirs, blancs et alezans. La prédominance des poils de l'une de ces nuances sur les autres de la même robe, ont fait distinguer des rouans *foncés*, des rouans *vineux* et des rouans *clairs*.

l'école d'Alfort, notamment à MM. Renoult et Rigot. Cependant certaines personnes ayant, quelque temps après, paru douter de la réalité de ma découverte, et se basant sur ce que, dans mes recherches, je n'avais pas employé le microscope, prétendaient que les poils que j'annonçais avoir rencontrés pouvaient provenir du dehors, avoir été ingérés avec les alimens, à la manière de ceux qui forment les égagropiles, et se trouver accidentellement implantés à la surface de la muqueuse intestinale. Je dois à l'obligeance de M. Lassaigue, professeur à l'école d'Alfort, d'avoir bien voulu, dans ses recherches microscopiques, isoler et faire voir très distinctement ce bulbe sur tous les poils d'une portion d'intestin que je lui avais remise. Ainsi isolé, ce bulbe a une forme un peu ovoïde; il tient par sa base d'une manière assez intime au chorion de la muqueuse. Lors qu'on l'en sépare par traction, il reste pourvu de filamens frangés peu consistans. Souvent plusieurs bulbes sont agglomérés, et les poils qui en émanent, d'inégale longueur et grosseur, se dirigent en divergeant vers la surface libre de la muqueuse. Ces agglomérations de bulbes pileux se font surtout remarquer là où il y a des paquets de follicules muqueux. Il est rare que plusieurs cryptes ne se trouvent pas là où il existe des poils un peu longs; et presque toujours autour d'un poil rendu ainsi proéminent, on en remarque plusieurs autres petits dont la direction est plus ou moins parallèle au poil principal. Je n'ai jamais rencontré de poils intestinaux, même parmi les plus gros, dont les bulbes fût placé au-delà de la muqueuse, dans le tissu cellulaire sous muqueux ou dans la couche musculieuse. Je suis loin cependant de nier la possibilité de cette disposition.

Il est fort difficile de voir la véritable direction de la partie libre de ces poils. Il est très probable que le mucus les tient constamment droits, et par conséquent perpendicu-

lairement à leur surface d'implantation, toutes les fois que les alimens ne déplacent point les mucosités; mais que, dans ce dernier cas, ils sont inclinés dans le sens où le mucus est entraîné. Lorsque, après les avoir débarrassés aussi exactement que possible du mucus qui les entoure, on les examine au microscope, on remarque qu'ils sont, pour la plupart, légèrement incurvés.

Quant à leurs propriétés chimiques, il est très difficile de les étudier, parce qu'il n'est pas possible de recueillir de ces poils une quantité suffisante pour les soumettre à l'analyse. M. Lassaigue, à qui j'en avais remis un certain nombre, a remarqué qu'ils jaunissaient par l'acide nitrique, qu'ils étaient solubles dans la potasse faible, et qu'ils brûlaient en répandant, comme les poils de la peau, une forte odeur empyreumatique ammoniacale.

Dans tous les points de la muqueuse gastro-intestinale où il se existent, les poils ne sont pas disséminés d'une manière uniforme. J'ai déjà dit dans quelles portions de cette muqueuse ils étaient le plus apercevables; c'est aussi dans les mêmes régions qu'ils sont le plus nombreux. On en voit quelquefois des milliers vers le pylore, tant du côté de l'estomac que de celui de l'intestin; et ils sont tout au plus distans l'un de l'autre d'une à deux lignes. Ces cas, il est vrai, ne sont pas les plus nombreux. Dans la portion repliée du colon, on en voit encore un assez grand nombre sur quelques cheveux, surtout aux courbures pelvienne et gastrique. Enfin, dans le cœcum et dans la plus grande partie de la portion repliée du colon, ils sont beaucoup plus clairsemés; à tel point qu'il n'y en a qu'un ou deux sur une surface muqueuse de deux poudres carrés. Du reste, leur mode de dissémination varie encore dans chaque animal; c'est qu'on n'en trouve quelquefois qu'au pylore, et que c'est tout au plus si on peut en apercevoir une demi-douzaine, tandis que, comme il a été dit plus haut, on en

trouve d'autres fois des milliers, tant dans l'estomac que dans les différentes parties de l'intestin ci-dessus indiquées.

J'avais cru remarquer, lors de mes premières recherches, que dans le gros intestin les poils étaient beaucoup plus nombreux au niveau des bandes charnues longitudinales (tant dans le cœcum que dans la portion repliée du colon), que sur les autres parties du même viscère. J'ai constaté depuis qu'ils étaient seulement plus faciles à apercevoir sur ces points, ce qui tient, sans doute, à l'épaisseur un peu plus grande, et à la fixité de la muqueuse.

Telle est la description que, dans l'état actuel de mes recherches, je puis donner des poils de la muqueuse gastro-intestinale du cheval. Maintenant, plusieurs questions se présentent : 1° Ces poils sont-ils particuliers au cheval? n'en existe-t-il point chez les autres herbivores? 2° Les omnivores et les carnivores en sont-ils tout à fait dépourvus? 3° Chez le cheval en existe-t-il sur d'autres muqueuses que celles des voies digestives? 4° Quelle peut être la cause qui fait que sur certaines parties de la muqueuse gastro-intestinale du cheval, on n'en remarque point? 5° Quels peuvent être les usages de ces productions? 6° Enfin ces poils sont-ils caduques; se renouvellent-ils périodiquement à l'instar de ceux de la peau et de certains kystes pileux.

1° Pour ce qui est de savoir si ces poils existent chez des animaux herbivores autres que le cheval, je les ai cherchés inutilement sur la muqueuse digestive de la chèvre et du mouton. Chez aucun de ces animaux il ne m'a été possible d'en découvrir la moindre trace. J'ai cru, une fois, en remarquer sur la muqueuse de la caillette (abomasus) d'une vache; mais comme je n'y ai point vu de bulbe, et que tous m'ont paru peu adhérens à la surface, sur laquelle ils paraissent implantés, je n'oserais assurer que ce soient de véritables poils. Toutefois, s'il en existe chez l'es-

pèce bovine, ce sera, sans nul doute, sur la muqueuse de l'abomasus (1) qu'on les remarquera (2).

Il est vraisemblable qu'il se trouve des poils sur la muqueuse digestive de l'âne et du mulet. Toutefois, comme je n'ai eu occasion de les rechercher que sur un petit nombre d'animaux de ces espèces, et que je n'y en ai point rencontré, je ne puis rien dire de positif sur leur existence.

2° Je suis porté à croire, d'après un assez bon nombre de recherches, qu'il n'existe point de poils apercevables sur la muqueuse digestive des carnivores. Je n'en ai jamais rencontré chez les chiens, bien que, sur des animaux de cette espèce, j'aie mis la muqueuse gastro-intestinale dans les meilleures conditions possibles pour les bien apercevoir en déterminant, au moyen de poisons très irritants, des hémorrhagies de l'estomac et même de l'intestin.

J'ignore s'il existe de ces productions chez les omnivores. Je n'ai eu occasion de les rechercher que sur de jeunes porcs; je n'en ai point trouvé dans les voies digestives de ces animaux. Cependant, je n'oserais nier la possibilité de leur existence chez les adultes et les vieux sujets de cette espèce.

Quant à la question de savoir s'il en existe chez l'homme, je ne suis pas à portée d'en donner la solution, n'en ayant presque jamais recherché. Il me semble probable qu'il ne s'y en trouve pas dans l'état normal; d'abord parce que leur existence y a été si rarement constatée jusqu'à présent, qu'on a toujours considéré comme accidentels les cas où l'on en a rencontré; ensuite, parce que l'homme est celui de tous les êtres animés qui a été jus-

(1) Conrad Peyer (*Mecolorygia sive de ruminantibus*. Basileæ, 165.) Nomme *Omasus*, le troisième estomac des ruminans ou fenillet, et *abomasus*, le quatrième, le véritable estomac connu sous le nom de caillette.

(2) Voir la note qui est à la fin de ce mémoire.

qu'à présent le plus anatomisé, et que la muqueuse digestive surtout a été l'objet de travaux anatomiques très importants, sans qu'on ait signalé les productions pileuses parmi les parties qui entrent dans la composition de cette membrane; enfin, parce que les poils existant en petite quantité sur la peau de l'homme me semblent devoir être encore plus rares, proportionnellement sur la muqueuse intestinale.

3° J'ai recherché inutilement des poils, tant chez le cheval que chez le bœuf, le mouton et le chien, sur les muqueuses de l'œsophage, du pharynx, de la bouche, du larynx, des cavités nasales, de la trachée, sur la conjonctive et la muqueuse des voies génito-urinaires, nulle part je n'en ai rencontré de traces. Je crois devoir en conclure que dans l'état normal il n'en existe pas d'apparens sur ces membranes. Les faits que j'ai cités au commencement de ce travail démontrent, qu'accidentellement, il peut y en avoir sur la conjonctive de divers animaux; et tous les anatomistes savent que, dans l'état ordinaire, il en existe toujours sur la caroncule lacrymale de certains animaux, et notamment du cheval.

4° Mais comment se fait-il que, sur certaines parties du canal digestif du cheval, il soit impossible de trouver des poils, tandis que sur d'autres points on en rencontre presque toujours? Pour trouver la solution de cette question, examinons d'abord l'état de la surface libre de la muqueuse, sur les points où ils existent presque constamment, et sur ceux où l'on ne les remarque que dans des cas très rares.

Dans le sac droit de l'estomac, l'intestin grêle, le cœcum et la portion repliée du colon, seules parties du tube intestinal où je les aie rencontrés, la muqueuse, plus ou moins épaisse et organisée, n'est recouverte à sa surface que par des mucosties peu consistantes, et pouvant s'enlever sans

trop de difficultés. Au contraire, dans les autres parties du tube digestif, la même membrane est, ou bien recouverte d'un épithélium épais, comme dans le sac gauche de l'estomac et dans l'œsophage, ou bien d'un mucus très consistant, comme dans la portion flottante du colon et le rectum. Je suis donc porté à croire que dans le sac gauche de l'estomac, l'épithélium très épais et très dur, explique jusqu'à un certain point l'absence de poils; et que dans la portion flottante du colon, et dans le rectum, les mucosités épaisses et très consistantes en tiennent lieu. Au reste, ce qui me semble fortifier cette hypothèse, c'est l'observation que j'ai faite que dans la panse des ruminans, où la muqueuse, toujours en contact avec des corps durs, alimentaires ou autres (1), a une épaisseur qui égale presque celle de la peau, et est pourvue, à sa surface, d'un épiderme épais et de papilles cornées très dures; il n'existe pas la moindre trace de poils. Il en est de même dans le troisième renflement gastrique, ou *omasus*, des mêmes animaux, où les papilles cornées sont tellement rudes que, chez le bœuf surtout, elles ressemblent presque à des piquans de ronces.

5° Ici se présente la question de savoir quels peuvent être les usages des poils intestinaux. Tout ce qu'il est possible de dire à cet égard est sans doute très problématique; néanmoins, serait-il donc irrationnel de penser que, puisque ces productions n'existent ordinairement que là où la muqueuse digestive du cheval est peu défendue contre le contact des substances alimentaires, fibreuses, etc., plus ou moins irritantes qui séjournent un temps assez long à sa surface; serait-il donc, dis-je, irrationnel d'admettre qu'ils servent à défendre jusqu'à un certain point cette

(1) Il est très fréquent de trouver dans la panse des grands ruminans différentes substances non-alimentaires telles que des cloux, des graviers, des parcelles de bois, de cuir, de métal, etc., plus ou moins acérées.

membrane des frottemens ou autres irritations qu'y pourraient produire ces corps imparfaitement triturés? Cette hypothèse servirait d'ailleurs à expliquer pourquoi il n'en se trouve pas de poils là où il y a une couche épidermique, et pourquoi il semble y en avoir si rarement dans les points où se trouvent des mucosités très adhérentes à la surface de l'intestin. Au reste, pourquoi les poils de l'intestin n'auraient-ils pas des usages analogues à ceux de la peau, et pourquoi ne seraient-ils bien apparens que chez celui des herbivores, dont les alimens sont le moins altérés par la mastication et la digestion? Peut-être aussi ces poils, en retenant le mucus, seryent-ils à empêcher qu'il ne soit trop promptement entraîné par le mouvement des matières alimentaires, et que la muqueuse ne soit, par là, trop directement exposée à l'action de ces alimens.

Que si l'on trouve trop hypothétiques les usages que j'attribue à ces poils, je répondrai que j'aime mieux leur en supposer d'analogues à ceux de la peau, que d'admettre que la nature n'a eu d'autre but, en les faisant croître sur la muqueuse digestive, que de démontrer un nouveau point de ressemblance entre cette membrane et les tégumens externes.

6° Il n'y a, je pense, aucun moyen de savoir si les poils de l'intestin sont caduques comme ceux de la peau; s'ils sont remplacés annuellement à la manière de ces derniers, et conséquemment, s'il y a une *muq* intérieure. Par induction, on peut concevoir qu'il doit en être ainsi; et des faits d'anatomie pathologique viennent d'ailleurs fortifier cette conjecture. J'ai eu plus d'une fois occasion de remarquer, dans des kystes pileux très anciens, situés dans la profondeur des muscles et à une assez grande distance de la peau, des poils qui, s'étant détachés de la face interne du kyste, étaient restés libres dans l'humeur sébacée que contenait la même cavité, et avaient été remplacés.

par d'autres, beaucoup plus courts, que je trouvais implantés dans les parois du kyste. M. le professeur Delafond m'a dit avoir rencontré de semblables kystes, contenant, libres dans leur cavité, des poils de plusieurs mmes. Je le répète, je ne connais aucun moyen à l'aide duquel on puisse s'assurer qu'un semblable phénomène se passe dans les poils de la muqueuse digestive. Si, comme il me paraît vraisemblable, ces poils tombent à chaque printemps, comme ceux de la peau, ils sont, sans aucun doute, entraînés hors de l'intestin avec les mucosités et les matières fécales.

En résumé, il existe des poils sur certains points de la muqueuse digestive de presque tous les chevaux.

Cette muqueuse est la seule partie des téguments internes où ils soient aperçus dans l'état normal.

Certaines parties de cette muqueuse elle-même, dont la surface est revêtue d'un épithélium épais, ne présentent point de poils apparents.

Les caractères de ces productions pileuses sont tout à fait analogues à ceux des poils de la peau.

Leurs usages me paraissent être de défendre la muqueuse contre l'action des parcelles irritantes d'aliments fibreux, et de retenir les mucosités que le mouvement des matières alimentaires tend à entraîner.

Par l'existence à peu près constante de ces poils sur la membrane gastro-intestinale du cheval, se trouve confirmé l'un des points d'analogie des muqueuses avec la peau, que, jusqu'à présent, certains faits d'anatomie pathologique n'avaient pu que faire entrevoir.

Alfort, le 29 janvier 1837.

NOTA. En examinant, les premiers jours de mars dernier, l'abomasus d'une vache qui était morte de *sang de rate* (hémorrhagie dans la rate, l'estomac, les intestins, etc.), j'ai trouvé sur la mu-

queuse de cet organe, des poils tout-à-fait semblables à ceux du tube gastro-intestinal du cheval. Ils étaient d'un brun clair, analogues à ceux de la robe de l'animal; leur longueur était fort inégale, à tel point que j'en ai conservé un qui a près d'un pouce, tandis que plusieurs autres, tronqués pour la plupart, n'ont qu'une demi-ligne à une ligne et demie ou deux lignes de longueur. Ils existaient surtout au sommet des plis de la muqueuse et près du pylore. Plusieurs étaient beaucoup plus faciles à arracher que ceux du cheval; d'autres étaient beaucoup plus tenaces. J'ai cherché aussi dans l'intestin du même animal; mais je n'y ai point rencontré de ces productions. Je me propose de continuer mes recherches, afin de m'assurer si ces poils existent fréquemment chez l'espèce du bœuf.



TABLE DES MATIÈRES

CONTENUS

DANS LES BULLETINS DE L'ANNÉE 1836.

ABCS de la Colonne Vertébrale, b. 14 p. 251; b. 10, p. 129;
b. 14, p. 234.

— Du Foie, b. 8, p. 43; b. 14, p. 257.

— Procédé pour l'Ouverture (des) b. 13, p. 204.

ACÉPHALIE, b. 10, p. 108.

ACEPHALOCYSTE, b. 7, p. 56.

ADHÉRENCE des Tendons du Muscle du pied du cheval, b. 17,
p. 351.

ANATOMIE du Périnée, b. 10, p. 105.

— De la Prostate, b. 7, p. 12.

ANÉVRYSME Partiel du Cœur, b. 10, p. 109; b. 13, p. 270.

— Partiel de l'Oreillette, b. 7, p. 11.

— De l'Aorte, b. 16, p. 512; b. 13, p. 290.

— De la Crosse de l'Aorte, b. 8, p. 44. b. 17, p. 348.

— Du Tronc Basilaire, b. 7, p. 122.]

— Du Tronc Cœliaque, b. 7, p. 11.

— Du Tronc Brachio-Céphalique, b. 8, p. 47.

ANOMALIE de l'Artère Fémorale profonde, b. 10, p. 107.

— Des Carotides, b. 11, p. 158.

— D'Anastomose des Nerfs hypoglosse et pneumo-gastrique, b. 10, p. 107.

— Du Cœur et du Système Artériel, b. 10, p. 107.

AORTE, Rupture, b. 13, p. 293.

APOPLEXIE Capillaire, b. 8, p. 70.

— De la Protubérance Annulaire, b. 7, p. 43.

ARACHNITIS, b. 13, p. 286.

ARTÈRE destruction de l'Artère Splénique, b. 14, p. 259.

ASPHYXIE par un Corps étranger dans l'OEsophage, b. 11,
p. 148.

ATROPHIE des Circonvolutions Cérébrales, b. 10, p. 121.

— Des Organes Génito-Internes de la femme, b. 15, p. 204.

— Des Hémisphères Cérébraux, b. 10, p. 109.

— Des Nerfs Optiques, b. 16, p. 298.

— Des Testicules, b. 12, p. 175.

BRONCHITE Couenneuse, b. 17, p. 357.

CANAL-ARTÉRIEL, (absence du) b. 8, p. 63.

CANCER de l'Œsophage, b. 7, p. 11.

— Du Cerveau, b. 7, p. 42.

— Gélatiniforme de l'Estomac, b. 14, p. 256.

— De l'Estomac, avec obstruction de la Veine-Porte, b. 8, p. 60.

— Du Testicule, b. 13, p. 203; b. 16, p. 508.

— De l'Utérus, b. 8, p. 46.

CARPE (absence des Os du), b. 10, p. 107.

CALCUL de l'Urètre, b. 8, p. 66.

— Du Canal Cholédoque, b. 15, p. 205.

— Vésicaux, b. 12, p. 172.

— Des Reins, b. 13, p. 203.

CARIE du Rocher, avec Paralysie de la face, b. 12, p. 199.

— de l'Apophyse Odontoïde, b. 14, p. 246.

CARTILAGES (usure des) b. 14, p. 255.

CŒUR (Caillot purulent dans le) b. 7, p. 11.

— Blessure (du), b. 10, p. 109.

— Disposition Anormale (du), b. 8, p. 63.

— Tumeur communiquant dans (le) b. 16, p. 298.

CORNE sur le nez d'un Mouton, b. 11, p. 139.

COTES Cervicales, b. 7, p. 10.

DÉFORMATION de la tête du Fémur, b. 9, p. 75.

DENT déformée, b. 7, p. 43.

DOIGTS (forme des), b. 12, p. 173.

ÉTRANGLEMENT interne, b. 17, p. 33.

ECHYMOSE dans plusieurs organes (du), b. 13, p. 203.

— Des Membranes de l'Estomac, b. 11, p. 140.

EMPOISONNEMENT par l'Acide Sulfurique, b. 16, p. 295.

— Par le Plomb, b. 16, p. 522.

— Par le Bleu d'Indigo, b. 9, p. 103.

- FÉMUR**, disposition de la partie Articulaire, b. 16, p. 297.
- FAUSSE** Articulation de la Clavicule, b. 9, p. 73.
- FAUSSE** Membrane dans l'Arachnoïde, b. 13, p. 139.
- FISTULES** urinaires, b. 13, p. 213.
- Dans la plèvre, b. 10, p. 100; b. 14, p. 233.
- FONGUS** du Cervelet, b. 12, p. 170.
- FRACTURE** intra Capsulaire du Col du Fémur, b. 7, p. 42.
- Extra Capsulaire, b. 14, p. 233; b. 171 p. 333.
- Du Col du Fémur, b. 13, p. 273.
- Ancienne du Fémur, b. 9, p. 73; b. 13, p. 201.
- De l'Ethmoïde, b. 7, p. 10.
- Et Luxation des Vertèbres Cervicales, b. 11, p. 138.
- Multiple du grand Trochanter, b. 14, p. 234.
- Du Crâne, b. 11, p. 133.
- Comminutive du Fémur et du grand Trochanter, b. 12, p. 174. b. 17, p. 329, 330, 331.
- Du Col du Fémur et du grand Trochanter, b. 12, p. 174.
- De la première Vertèbre Lombaire, b. 16, p. 299.
- GROSSESSE** Tubaire, b. 13, p. 203.
- Double, b. 13, p. 292.
- HÉMORRHAGIE** Utérine, b. 11, p. 141.
- HERNIE** Crurale, b. 16, p. 301.
- HUMERUS**, Poulie Articulaire simple, b. 12, p. 169.
- HUMEUR** vitrée (Cristal de l'), b.
- HYDATIDES** du Foie, b. 16, p. 317.
- Rendues par les Urines, b. 12, p. 172.
- De l'Utérus, b. 8, p. 46.
- HYDROPIQUE** avec Affection Granuleuse des Reins, b. 7, p. 31.
- HYPERTROPHIE** de l'Apophyse Odontoïde, b. 7, p. 31.
- KYSTES** du Foie, b. 10, p. 110.
- Séreux de la Peau du Genou d'une Vache, b. 10, p. 117.
- Apoplectique ancien, b. 9, p. 76.
- De la région Fessière, b. 14, p. 237.
- Ovaire (de l'), b. 16, p. 298.
- LIPÔME** entre le Péricrâne, b. 11, p. 139.

- Dégénéré, b. 15, p. 268.
- LUXATION des Vertèbres cervicales, b. 10, p. 111.
 - De l'Humérus, b. 11, p. 151.
 - Procédé pour la réduction (des) b. 12, p. 169.
- MÉTATARSE, (Absence de la tête du) b. 10, p. 158.
- MONINGITE Granuleuse, b. 9, p. 91.
- NECROSE Envaginée du premier tarsien, b. 15, p. 202.
 - Du Calcaneum, b. 7, p. 42.
 - Du Tibia, b. 16, p. 525.
- OBLITÉRATION de l'Artère pulmonaire, b. 8, p. 68.
- OTITE Chronique, b. 11, p. 164.
- PERITONITE Chronique, b. 12, 188.
- PERFORATION du Cartilage Thyroïde, b. 11, p. 140.
 - De l'Estomac, b. 14, p. 259.
 - Du Poumon, b. 15, p. 202.
 - Du Cœcum, b. 15, p. 267.
- PIED Bots. b. 9, p. 74; b. 10, p. 107.
- PLAIE pénétrante de l'Articulation du genou, b. 15, p. 220.
- POILS dans la Muqueuse Intestinale, b. 7, p. 45.
- PUS dans le Sang, b. 10, p. 110.
 - Dans l'Utérus, b. 15, p. 267.
- RAPPORTS de A. Bérard, b. 8, p. 59.
 - Cazeaux, b. 15, p. 210.
 - Guesnard, b. 15, p. 294.
 - Nivet, b. 7, p. 29.
 - Tessier, b. 9, p. 98.
 - Chassaignac, b.
 - Maillet, b. 11, p. 149.
 - Pigné, b. 15, p. 229.
- RAMOLLISSEMENT de l'Utérus, b. 8, p. 45
 - Instrument pour apprécier (les) b. 15, p. 268.
- RECTUM (Traitement des Chutés du), b. 12, p. 175.
- REINS doubles, b. 12, p. 172.
- RÉTRÉCISSEMENT du Rectum, b. 12, p. 171.
 - De l'Urètre, b. 15, p. 266.
- RUPTURE d'une Branche de l'Artère Coronaire, stomachique,
 - b. 12, p. 171.

SEPTUM Lucidum, (Absence du), b. 11, p. 139.

SPERME dans les Urines, b. 13, p. 104.

STRUCTURE du Tissu jaune élastique, b. 7, p. 9.

TARSE (Absence du), b. 10, p. 107.

TRACHÉE ARTERE (de la Déformation), b. 11, p. 141.

TUBERCULES du Cerveau, b. 9, p. 100.

TUMEUR des Méninges; b. 12, p. 193.

— Crétacée dans les Fosses sous Epineuses, b. 13, p. 263.

— Cancéreuse du Pharynx, b. 14, p. 235.

— Graisseuse, b. 12, p. 73.

ULCÈRE de l'Estomac circonfoncé, b. 14, p. 236.

— De la Vessie, b. 14, p. 236.

— Du Tibia et du Fémur, b. 13, p. 204.

URÈTRE (instrument pour l'Exploration de), b. 14, p. 237.

URS (Tumeur de), b. 12, p. 188.

— Double, b. 13, p. 227.

VAGIN, (Saillie des Parois du), b. 12, p. 173.

VALVULES Sygmoïdes Supplémentaires, b. 8, p. 70.

VÉGÉTATIONS dans le Larynx, b. 9, p. 78.

— Dans les Valvules Tricuspidales, b. 9, p. 78.

VERTÈBRES, (Soudure des), b. 11, p. 137.

— Destruction du Corps (des), b. 14, p. 234.

VICE de Conformation des Membres supérieurs, b. 9, p. 82
b. 16, p. 297.

FIN DE LA TABLE.

